



LIBRO

PSIQUIATRÍA

MEDICINA HUMANA

QUINTO SEMESTRE

Marco Estratégico de Referencia

ANTECEDENTES HISTORICOS

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1979 con el inicio de actividades de la normal de educadoras “Edgar Robledo Santiago”, que en su momento marcó un nuevo rumbo para la educación de Comitán y del estado de Chiapas. Nuestra escuela fue fundada por el Profesor de Primaria Manuel Albores Salazar con la idea de traer Educación a Comitán, ya que esto representaba una forma de apoyar a muchas familias de la región para que siguieran estudiando.

En el año 1984 inicia actividades el CBTiS Moctezuma Ilhuicamina, que fue el primer bachillerato tecnológico particular del estado de Chiapas, manteniendo con esto la visión en grande de traer Educación a nuestro municipio, esta institución fue creada para que la gente que trabajaba por la mañana tuviera la opción de estudiar por las tarde.

La Maestra Martha Ruth Alcázar Mellanes es la madre de los tres integrantes de la familia Albores Alcázar que se fueron integrando poco a poco a la escuela formada por su padre, el Profesor Manuel Albores Salazar; Víctor Manuel Albores Alcázar en septiembre de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró como Profesora en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de finanzas en 1999.

En el año 2002, Víctor Manuel Albores Alcázar formó el Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. para darle un nuevo rumbo y sentido empresarial al negocio familiar y en el año 2004 funda la Universidad Del Sureste.

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta Educativa, por lo que se veía urgente la creación de una institución de Educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta

alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el Corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y Educativos de los diferentes Campus, Sedes y Centros de Enlace Educativo, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca a nivel nacional e internacional.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y educativos de los diferentes campus, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca.

MISIÓN

Satisfacer la necesidad de Educación que promueva el espíritu emprendedor, aplicando altos estándares de calidad Académica, que propicien el desarrollo de nuestros alumnos, Profesores, colaboradores y la sociedad, a través de la incorporación de tecnologías en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

VISIÓN

Ser la mejor oferta académica en cada región de influencia, y a través de nuestra Plataforma Virtual tener una cobertura Global, con un crecimiento sostenible y las ofertas académicas innovadoras con pertinencia para la sociedad.

VALORES

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

ESCUDO



El escudo de la UDS, está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

ESLOGAN

“Mi Universidad”

ALBORES



Es nuestra mascota, un Jaguar. Su piel es negra y se distingue por ser líder, trabaja en equipo y obtiene lo que desea. El ímpetu, extremo valor y fortaleza son los rasgos que distinguen.

Psiquiatría

Objetivo de la materia:

Adoptar actitudes que favorezcan una adecuada relación médico-enfermo-medioambiente, desde la perspectiva del enfermo en su circunstancia biográfica, en un marco de referencia bio-psico-social, dotadas ambas de valor preventivo, diagnóstico, terapéutico y rehabilitador.

Contenido temático

- I. Fundamentos de la psiquiatría; Conceptos básicos: psiquiatría y psicopatología, síntoma, síndrome, trastorno, antecedentes históricos, modelos explicativos de los trastornos mentales, semiología psiquiátrica, exploración psíquica, signos de alerta y urgencia psiquiátrica.
- II. Enfermedad; salud y normalidad psíquica, trastorno mental, clasificación de los trastornos mentales.
- III. Conceptos de interés psiquiátrico; fase, brote, reacción, desarrollo y proceso: deficiencia, discapacidad, minusvalía, pruebas complementarias en psiquiatría.
- IV. Nosología, nosografía y nosotaxia psiquiátricas; introducción y evolución conceptual, operativos y evaluación multiaxial, psicoterapia, farmacología utilizada en psiquiatría.

índice

Unidad I	10
I. Fundamentos de la psiquiatría	10
I.1 Definiciones y conceptos básicos.....	10
Actividad I	17
I.3 Modelos explicativos de los trastornos mentales.....	17
Modelo cognitivo-conductual.....	19
Modelo neurocientífico	19
I.4 Semiología psiquiátrica	20
I.4.1 Exploración psíquica.....	23
Videos complementarios.....	27
I.4.2 Signos de alerta y urgencia psiquiátricas	27
Actividad 2.....	27
Fuentes bibliográficas de primera unidad.....	28
Unidad II	29
2. Enfermedad.....	29
2.1 definición de enfermedad y enfermedad mental.....	29
2.2 Clasificación de los trastornos psiquiátricos.....	29
Trastornos del neurodesarrollo	30
Especto de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	32
Trastorno bipolar y trastornos relacionados	34
Trastornos de ansiedad.....	35
Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados	37
Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés	38
Trastornos disociativos.....	39
Síntomas somáticos y trastornos relacionados	40
Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos	41
Trastornos de la excreción.....	42
Trastornos del sueño-vigilia.....	42
Disfunciones sexuales.....	43
Trastornos relacionados con sustancias	45
Trastornos neurocognitivos.....	46
Trastornos de la personalidad	47
Trastornos parafílicos y parafilias.....	48
Otros trastornos mentales	49

Trastornos motores inducidos por medicamentos y otros efectos adversos debidos a medicamentos	49
Clasificación CIE-10.....	50
Trastorno Bipolar (F30-F31).....	52
Comparación entre el DSM-5 y CIE-10.....	53
CIE-10:.....	54
Video complementario.....	56
Actividad 3.....	56
Fuentes bibliográficas segunda unidad.....	57
Unidad III	58
3. Conceptos de interés psiquiátrico	58
3.1 Fase.....	58
Fase de Remisión o Recuperación	59
Fase Subclínica o Basal	59
Fase Prodrómica	59
Fase Aguda o Psicótica	59
Fase Residual	59
Fase de Remisión	59
Fase de Crisis o Ataque de Ansiedad	60
Fase de Preocupación Crónica.....	60
Fase de Remisión.....	60
Fase de Crisis Emocional.....	60
Fase de Estabilidad Relativa	60
3.1.2 Brote	61
3.1.3 Reacción	63
Reacciones de Estrés Agudo	64
Reacciones de Adaptación	64
Reacciones Emocionales y Psicológicas.....	64
Reacciones Somáticas.....	64
3.1.4 Deficiencia	65
3.1.5 Minusvalía	66
3.2 Diagnostico psiquiátrico.....	67
A. Pruebas de función tiroidea;.....	68
B. Prueba de supresión de dexametasona (PSD):.....	68
Pruebas relacionadas con fármacos psicotrópicos	70

Provocación de ataques de pánico con lactato de sodio.....	72
Entrevistas asistidas con fármacos	72
Estudios de imagen cerebral	73
Actividad 4.....	73
Fuentes bibliográficas de tercera unidad.....	74
Unidad IV.....	75
4.Nosología, nosografía y nosotaxia psiquiátricas.....	75
5. Psicoterapia	78
Psicoterapia con orientación psicoanalítica	79
5.1 Terapia conductual	81
5.2 Terapia cognitiva-conductual	84
5.3 Terapia familiar	84
5.4 Terapia interpersonal	85
5.5 Terapia de grupo	85
Terapia de pareja y matrimonial	86
Terapia conductual dialéctica.....	87
6.Tratamiento psicofarmacológico y suplementos nutricionales.....	87
6.1 ansiolíticos e hipnóticos	90
Agonistas y antagonistas de las benzodiazepinas	92
6.2 Antipsicóticos.....	94
6.3 Antidepresivos.....	97
6.4 Antimaníacos	100
6.5 Estimulantes	102
6.6 Otros fármacos	103
6.7 Suplementos nutricionales y alimentos médicos	106
Fuentes bibliográficas de cuarta unidad	107

Unidad I

I. Fundamentos de la psiquiatría

I.1 Definiciones y conceptos básicos

La psiquiatría, como asignatura presenta un gran reto para su estudio, ya que se encarga de estudiar los trastornos mentales y de conducta, que afectan las funciones psíquicas del individuo, y que reflejan con gran precisión y constancia las repercusiones de la patología mental; por esto su estudio y comprensión requiere el conocimiento de las asignaturas básicas, ya que su principal objetivo es sistematizar un diagnóstico presuntivo con la lógica del conocimiento, de la psicopatología, de las características clínicas, así como sus diagnósticos diferenciales.

La psiquiatría, es una especialidad médica que se encarga de la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales. Las definiciones de mayor circulación en el mundo hispanoparlante son las de Francisco Alonso-Fernández, Henri Ey y Carlos Castilla del Pino.

Francisco Alonso-Fernández: “Rama de la medicina humanística por excelencia, que se ocupa del estudio, prevención y tratamiento de los modos psíquicos de enfermar”. Henri Ey: “Rama de la medicina que tiene por objeto la patología de la vida de relación a nivel de la integración que asegura la autonomía y la adaptación del hombre a las condiciones de su existencia”. Carlos Castilla del Pino: “Ámbito del saber, institucionalmente médico en el actual momento histórico, que se ocupa de las consideradas alteraciones psíquicas (mentales o de la conducta), cualquiera que sea su génesis, en lo que concierne a la dilucidación de su naturaleza, a la interpretación de estas y a su posible terapéutica”.

Al hablar de la psiquiatría, se suman términos imprescindibles para el entendimiento global de la misma, como lo son la salud mental, los trastornos mentales, la psicopatología, síntomas, síndromes, entre otros. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como un estado de bienestar que permite a las personas desenvolverse en la vida, aprender, trabajar y contribuir a la comunidad. Por su parte, la OMS define un trastorno mental como una alteración significativa en la cognición, el comportamiento o la regulación de las emociones.

La psicopatología es la disciplina científica que estudia el origen, el curso y las manifestaciones de los procesos no normales de la mente y la conducta humana que

dificultan el desarrollo de un sujeto en su quehacer cotidiano, y que por lo tanto pueden influir en su falta de salud. La psicopatología, ayuda a ordenar las manifestaciones clínicas de los pacientes y agruparlas en unidades de análisis, para identificar los síntomas, signos y síndromes que estén presentes.

Los signos son las observaciones y hallazgos objetivos realizados por el médico. Los síntomas son las experiencias subjetivas descritas por el paciente. Un síndrome es una agrupación de signos y síntomas que aparecen juntos y forman un patrón reconocible. En relación con el análisis de los síntomas, hay que tener en cuenta el modo y el grado de conciencia en que el enfermo vive sus alteraciones psíquicas, y comprender la afectación que cualquier alteración del estado mental puede producir en el paciente.

En el análisis de los síntomas, y en relación con sus factores causales, debe distinguirse entre: Síntomas Primarios, que son causados directamente por el trastorno patológico (forma inmediata, como lo instintivo: formas de delirar, las alucinaciones, directamente causado por el proceso morbosos). Síntomas Secundarios, que surgen por elaboración posterior (se relacionan causalmente con acontecimientos, conductas o con otros síntomas que han aparecido previamente: ansiedad secundaria a un hecho traumático o la angustia que aparece en un delirio de persecución).

Los síntomas Orgánicos, son aquellos originados por un proceso que afecta el cerebro (lesión o alteración), los síntomas Funcionales, aquellos que no tienen ese origen. Una misma causa puede producir cuadros psíquicos diferentes, y un mismo cuadro puede estar causado por diferentes causas.

1.2 Antecedentes históricos

La psiquiatría está basada en una serie de mitos sobre sus inicios, es por ello que en la presente antología se abordan hechos que marcaron la psiquiatría enfocados a cada cultura, región o grupo social. Cabe destacar uno de los primeros registros de problemas de salud mental en el antiguo testamento, relatado como “la locura de Nabucodonosor”, el cual es castigado por su soberbia con la pérdida de la razón; la cual es interpretada como vivir y comer como los animales. Durante siete años Nabucodonosor permanece en ese estado hasta que por decisión divina se recupera.

En la antigüedad, por lo general, se solía otorgar un origen sobrenatural a las enfermedades mentales, se lo atribuía a designio de los dioses, a los demonios o a fuerzas naturales.

En el antiguo Egipto se desarrolla un sistema médico donde estableció la importancia de ambientes estimulantes o de actividades recreativas como la pintura o el baile para el tratamiento de determinados trastornos del comportamiento. En el papiro Edwin Smith se afirma que el cerebro es el asiento de la mente (contrariamente a la creencia griega que la sitúa en el corazón).

Los aztecas tenían en existencia un modelo médico de la locura: Tlazoltéotl es la madre tierra, diosa de la fecundidad, y diosa de la enfermedad y de los trastornos mentales. Según creyentes, la diosa se adueña del alma del hombre, provocándole convulsiones o la locura.

Hipócrates (460-370 a.C.) , nos habló de la teoría Humoralista; interpretaba la salud como el equilibrio de los cuatro fluidos o “humores” que conformaban el cuerpo humano, a saber: la bilis negra, la bilis amarilla, la flema o pituita y la sangre. Así, el exceso de flema causaba demencia; el de bilis amarilla, ira maníaca, y el de bilis negra, melancolía. Aristóteles (384-322 a. C.), le dio continuación a las teorías de Hipócrates sobre las perturbaciones de la bilis.

Platón (427- 347 a.C.) consideró que los trastornos mentales eran en parte orgánicos, en parte éticos y en parte divinos. Celso (53 a.C. – 7d.C.), propone, al modo de los egipcios, actividades lúdicas (música, pintura) para el tratamiento de determinados desórdenes mentales ("insania") y desarrolla una clasificación de las enfermedades en tóxicas o locales y sistémicas o generales. (Febriles delirios y No febriles-Locura).

Galeno (130 d.C.-210 d.C.), localizó la razón en el cerebro y sus estudios de las lesiones cerebrales le llevaron a postular que el daño provocado en un lado del encéfalo se correspondía con alteraciones en las extremidades del lado opuesto. Según Galeno, las causas de la locura podían estar en el organismo (daño cerebral, alcoholismo, etc.) o en la mente (fobia, desengaño, melancolía, etc.) .Areteo (50 d.C.-130 d.C.), hizo descripciones clínicas de diversas enfermedades y se preocupó por el bienestar de los pacientes. Fue el primero en hablar de personalidades pre-psicopáticas.

Ahora bien, pasando a la edad media (siglo V- XV), se retorna la ideología demoniaca de posesión satánica, en la que se creía que los “epilépticos”, estaban embrujados y podían morir en la hoguera. Avicena menciona en su Canon de medicina algunas enfermedades mentales y desarrolla un intento de correlación de estas con algunas alteraciones orgánicas.

Rhazesse propone una primera clasificación de las enfermedades mentales, incluso desarrolla una propuesta de psicoterapia.

En el renacimiento (siglo XV- XVI); Paracelso (1493-1541) se opuso duramente a las creencias médicas de su época. Rechazó la demonología, y en su tratado "Sobre las enfermedades que privan de la razón" propone que las enfermedades mentales no tienen su causa en Dios, sino en procesos naturales. En 1486, los teólogos alemanes Heinrich Kramer y Johann Sprenger, con el apoyo del papa, publicaron el *Malleus maleficarum* (El martillo de las brujas), referente a una conspiración contra el cristianismo, dando lugar a una cacería de brujas. El "tratamiento" prescrito para la enfermedad mental fue entonces la tortura, y la cremación como un acto de piedad, para "liberar el alma" del "desdichado".

En el siglo XVII-Barroco, o la ciencia comienza a profundizar en la psique humana desde una nueva perspectiva. Los primeros "exploradores del cerebro", comienzan a describir las principales estructuras anatómicas de las estructuras intracraneales y algunas de sus funciones.

Thomas Willis publica *Cerebri anatome*, y describe varias estructuras como el polígono vascular que lleva su nombre, Thomas Sydenham realiza los primeros estudios histológicos cerebrales y reconoce la existencia de la histeria en ambos sexos, ya que hasta ese momento solo se creía posible en la mujer, y René Descartes publica en 1649 el "*Traité des passions de l'âme*" en el que describe la glándula pineal como el órgano de asiento del alma.

En el siglo XVIII, George Ernst Stahl (1659-1734) divide a las enfermedades psiquiátricas en dos grandes grupos: simpáticas (en las que existía daño en algún órgano) y patéticas (en las que no se encontraba una lesión orgánica subyacente).

William Cullen (1710-1790) elabora otra clasificación de las enfermedades mentales y es el primero en utilizar el término "neurosis", y Philippe Pinel (1745-1826), fue un médico francés que generó un cambio social en la actitud hacia los enfermos mentales.

En el siglo XIX, Esquirol (1782-1840); Consiguió promulgar una ley en 1838 que obligaba a la administración francesa a disponer de un asilo para dementes en cada departamento del país. Fue el primero en emplear el término "alucinación". Johann Caspar Lavater (1714-1801) a través de sus publicaciones extendió la creencia de la relación entre el comportamiento y la fisonomía (forma del rostro) de las personas. Franz Joseph Gall

(1758-1828) desarrolló la teoría de la frenología. Según este autor se podía conocer el estado de ciertas funciones cerebrales a través de la palpación del cráneo.

François Magendie (1783-1855) describe en 1822 la diferencia entre las fibras nerviosas sensitivas y las motoras, Claude Bernard (1813-1878) publica en 1858 el primer tratado científico de fisiología nerviosa. Santiago Ramón y Cajal (1852-1934) describe la unidad funcional básica del cerebro: la neurona. Freud, descubre que el ser humano tiene algo más que la mente consiente, creando en 1896 el "Psicoanálisis" para referirse a su técnica de asociaciones libres e interpretación de sueños con el propósito de traer a la conciencia los recuerdos traumáticos del pasado almacenados en el inconsciente.

En el siglo XX; Karl Jaspers (1883-1969) realizó un estudio fenomenológico exhaustivo de la mente humana. Influyó notablemente en la psicopatología y en la psicoterapia en general. Ernst Kretschmer (1888-1964) señaló científicamente la relación entre el tipo corporal, el temperamento de las personas y algunas características de sus enfermedades psíquicas. Describió dos tipos corporales: leptosómico y pícnico, los cuales vinculó con la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva, respectivamente.

Alois Alzheimer (1864-1915), que describió la demencia presenil. Viktor Frankl (1905-1997), fundador de la logoterapia y análisis existencial. Ivan Pavlov (1849-1936) en sus experimentos sobre conducta aprendida y no aprendida da origen al Conductismo o Psicología del Comportamiento. La aparición de los psicofármacos ha significado la mayor revolución en el campo de la psiquiatría, llegando a convertirse en parte imprescindible del tratamiento de muchas enfermedades psiquiátricas.

La historia de la psiquiatría en México está marcada por transformaciones sociales, políticas y científicas que han influido en el tratamiento de los trastornos mentales. Antes de la llegada de los españoles, las culturas indígenas de México tenían sus propios enfoques sobre la salud mental. En las civilizaciones mesoamericanas, como los mexicas y mayas, la enfermedad mental era vista a menudo como el resultado de un desequilibrio cósmico, una posesión por espíritus o como un castigo divino.

El tratamiento involucraba rituales de curación, como la limpieza espiritual, el uso de hierbas medicinales y el acompañamiento de chamanes, quienes jugaban el papel de médicos tradicionales. En este contexto, las enfermedades mentales no se entendían desde un enfoque biomédico, sino más bien como un fenómeno de índole religiosa, social o espiritual.

Con la llegada de los colonizadores españoles, se impusieron las creencias y prácticas médicas europeas.

En esta época, la visión sobre los trastornos mentales fue predominantemente religiosa y moral, influenciada por la Iglesia Católica. Las enfermedades mentales se consideraban, en muchos casos, manifestaciones del pecado, la hechicería o la posesión demoníaca. Durante el siglo XVI, se establecieron los primeros hospitales en la Nueva España, pero la atención a los pacientes con enfermedades mentales era rudimentaria y a menudo brutal. Se les aislaba en condiciones deplorables, donde los tratamientos se basaban en la fe y no en la ciencia.

A partir del siglo XIX, se comenzaron a hacer esfuerzos por profesionalizar el tratamiento de los trastornos mentales en México, siguiendo las tendencias europeas. En 1842, el presidente Antonio López de Santa Anna fundó el Hospital de San Hipólito, en la Ciudad de México, que se considera la primera institución destinada exclusivamente al tratamiento de los enfermos mentales. Esta iniciativa se enmarca en el auge de las reformas liberales en México, que también impulsaron una serie de reformas en el ámbito sanitario.

Durante este siglo, la psiquiatría comenzó a establecerse como una disciplina médica. En 1876, el doctor Manuel Orozco y Berra promovió la creación de una Escuela de Medicina en la Ciudad de México, donde la psiquiatría fue incluida como parte del currículo de formación de los médicos. No obstante, la práctica psiquiátrica seguía estando influenciada por teorías antiguas y rudimentarias, y los tratamientos eran mayormente ineficaces.

A principios del siglo XX, se produjo una transformación en la psiquiatría en México. La influencia de las corrientes científicas internacionales, como el psicoanálisis y las primeras teorías sobre la biología de los trastornos mentales, permitió el surgimiento de un enfoque más científico y humanitario en el tratamiento de las enfermedades mentales.

En 1910, José María Ramos estableció el primer hospital psiquiátrico moderno del país: el Hospital General de México. Durante esta etapa, los avances en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales se vieron reflejados en un mayor interés por la psiquiatría clínica. A la par, las investigaciones en biología y neurología empezaron a arrojar nuevas perspectivas sobre las causas de los trastornos mentales.

La creación de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría en 1919 fue un paso fundamental para el desarrollo de la disciplina. Esta institución promovió el intercambio académico y la consolidación de la psiquiatría como especialidad médica. Además, médicos como Carlos J. González y Rafael Serrano destacaron por su trabajo en psicología y psiquiatría, con un enfoque renovador en cuanto a los métodos de diagnóstico y tratamiento.

La Revolución Mexicana (1910-1920) también impactó la psiquiatría. Con la llegada del gobierno posrevolucionario, se incrementaron los esfuerzos por mejorar las condiciones de vida de los mexicanos, lo que incluyó la atención médica, especialmente en lo que respecta a las enfermedades mentales. A partir de la década de 1930, el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y otras instituciones especializadas en psiquiatría comenzaron a ofrecer tratamientos más modernos y humanitarios, incluyendo enfoques psicoterapéuticos.

La inclusión de las ciencias sociales y psicológicas, como la psicología experimental y la teoría del comportamiento, dio lugar a la implementación de nuevas terapias, como la psicoterapia dinámica y la psicoterapia conductual. La influencia de psicoterapeutas internacionales, como Sigmund Freud y Carl Jung, se hizo sentir en el país a través de sus seguidores y discípulos mexicanos.

En las décadas de 1950 y 1960, la psiquiatría en México comenzó a profesionalizarse aún más con la introducción de nuevos tratamientos farmacológicos. La aparición de los antipsicóticos y antidepresivos permitió el tratamiento de los trastornos mentales de manera más eficaz, lo que llevó a un enfoque más centrado en la neurobiología de las enfermedades mentales.

Uno de los hitos en este periodo fue la creación del Sistema Nacional de Salud Mental, que buscó integrar la psiquiatría en el sistema de salud pública.

En la misma línea, se introdujeron nuevas instituciones y programas, como el Centro Nacional de Psiquiatría y la Escuela de Psiquiatría de la UNAM, que permitieron la formación académica especializada.

En la actualidad, la psiquiatría en México ha logrado importantes avances, tanto en el ámbito académico como en la práctica clínica. El enfoque actual está centrado en una perspectiva

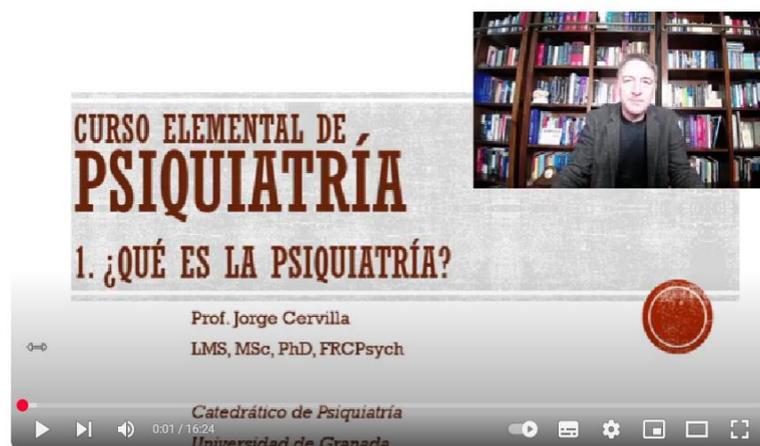
biopsicosocial, que considera los factores biológicos, psicológicos y sociales de las enfermedades mentales.

Además, las políticas de salud mental han avanzado hacia un modelo preventivo y de integración comunitaria, buscando la desinstitucionalización de los pacientes y su inclusión en la sociedad. Sin embargo, el estigma hacia las enfermedades mentales sigue siendo una barrera importante. A pesar de los avances científicos, todavía persisten prejuicios sociales sobre las personas con trastornos psiquiátricos. La psiquiatría mexicana continúa luchando contra este estigma, promoviendo la educación y la sensibilización de la sociedad.

Actividad I

Realiza una línea del tiempo a mano, con la información anterior, y los datos brindados en clase.

Video complementario



TEMA 1. ¿Qué es la Psiquiatría?.

<https://www.youtube.com/watch?v=0sBtEoDK6Q4&t=104s>

1.3 Modelos explicativos de los trastornos mentales

Modelo biopsicosocial

El modelo biopsicosocial es uno de los enfoques más integradores para entender los trastornos mentales. Este modelo considera que los trastornos mentales son el resultado de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales. A diferencia de los modelos anteriores, que tendían a centrarse en una sola dimensión, el modelo biopsicosocial busca una visión más holística de la persona.

- Factores biológicos: Incluyen la genética, la química cerebral (como desequilibrios en neurotransmisores) y las predisposiciones heredadas que pueden aumentar el riesgo de desarrollar ciertos trastornos mentales.
- Factores psicológicos: Se refieren a los aspectos emocionales, cognitivos y conductuales que afectan el bienestar de una persona, como las experiencias de vida, los patrones de pensamiento disfuncionales y los traumas previos.
- Factores sociales: Involucran el contexto social y cultural en el que una persona vive, como la familia, las relaciones interpersonales, el estrés social, las condiciones socioeconómicas y los apoyos comunitarios.

Este modelo es especialmente útil porque permite una aproximación multidisciplinaria en el tratamiento de los trastornos mentales, lo que puede incluir desde medicación hasta terapia psicológica y cambios en el entorno social.

Modelo psicoanalítico

El modelo psicoanalítico, desarrollado por Sigmund Freud, propone que los trastornos mentales tienen su origen en conflictos inconscientes, deseos reprimidos y experiencias traumáticas no resueltas, principalmente en la infancia. Según Freud, la mente humana está dividida en tres partes: el ello, el yo y el superyó, y el desequilibrio entre estas partes puede llevar a trastornos mentales.

- El Ello es la parte inconsciente que busca la gratificación inmediata de deseos primitivos, como los impulsos sexuales o agresivos.
- El Yo es la parte consciente que trata de mediar entre los impulsos del ello y las restricciones impuestas por la realidad.
- El Superyó es la parte moral que internaliza las normas sociales y familiares.

El psicoanálisis se basa en la exploración profunda del inconsciente, utilizando técnicas como la asociación libre, la interpretación de los sueños y el análisis de la transferencia, para identificar y resolver conflictos subyacentes. Sin embargo, este enfoque ha sido criticado por su falta de bases científicas sólidas y por su enfoque centrado en la infancia.

Modelo cognitivo-conductual

El modelo cognitivo-conductual (TCC) se basa en la idea de que los trastornos mentales son el resultado de patrones disfuncionales de pensamiento y comportamiento. Este enfoque combina la terapia cognitiva, que se centra en cambiar los pensamientos irracionales o distorsionados, con la terapia conductual, que busca modificar los comportamientos problemáticos.

- **Cognitivo:** Este aspecto se refiere a la influencia que tienen los pensamientos, creencias y percepciones de una persona en su estado emocional y conductual. Según este modelo, los trastornos mentales surgen cuando una persona tiene pensamientos distorsionados o irracionales (por ejemplo, la creencia de que todo lo que hace está condenado al fracaso).
- **Conductual:** Enfoque que se basa en la idea de que los comportamientos problemáticos son aprendidos y, por lo tanto, pueden ser desaprendidos o modificados. Se utilizan técnicas como el refuerzo, la exposición gradual y la reestructuración de respuestas emocionales.

Este modelo ha demostrado ser efectivo para tratar diversos trastornos, como la depresión, la ansiedad, los trastornos de la conducta alimentaria y las fobias, mediante un enfoque estructurado y orientado a objetivos.

Modelo neurocientífico

El modelo neurocientífico se centra en los aspectos biológicos y neurológicos de los trastornos mentales. En este enfoque, se considera que los trastornos mentales son producto de alteraciones en la estructura o función del cerebro, lo que puede estar relacionado con desequilibrios químicos, anomalías en las conexiones neuronales o disfunciones en áreas cerebrales específicas.

- **Neurotransmisores:** Se sabe que sustancias químicas como la serotonina, la dopamina, la noradrenalina y el glutamato tienen un papel importante en la regulación del estado de ánimo y la conducta. Desórdenes en estos sistemas pueden estar asociados con trastornos como la depresión, la esquizofrenia y los trastornos de ansiedad.

- Estructuras cerebrales: Ciertas áreas del cerebro, como la amígdala (relacionada con las emociones) y la corteza prefrontal (involucrada en la toma de decisiones y el autocontrol), pueden estar implicadas en trastornos mentales.
- Genética y herencia: El modelo neurocientífico se centra en los aspectos biológicos y neurológicos de los trastornos mentales. En este enfoque, se considera que los trastornos mentales son producto de alteraciones en la estructura o función del cerebro, lo que puede estar relacionado con desequilibrios químicos, anomalías en las conexiones neuronales o disfunciones en áreas cerebrales específicas.

1.4 Semiología psiquiátrica

La semiología psiquiátrica es el conjunto de signos y síntomas observables en los pacientes con trastornos mentales, que sirven como base para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades psiquiátricas. Es una herramienta fundamental en la práctica de la psiquiatría clínica, ya que permite al profesional de la salud identificar patrones patológicos de la conducta, el pensamiento, las emociones y las interacciones de los pacientes.

El objetivo principal de la semiología psiquiátrica es la identificación de alteraciones mentales, emocionales y conductuales que permitan al psiquiatra llegar a un diagnóstico y a una estrategia de tratamiento adecuada. El proceso semiótico se apoya principalmente en la observación clínica, la entrevista directa, los cuestionarios estandarizados, y en la evaluación de la historia clínica.

Una parte esencial de la entrevista es la evaluación de los síntomas. Aquí, el psiquiatra explora los síntomas principales que el paciente está experimentando, evaluando su intensidad, duración y frecuencia. Algunos de los aspectos evaluados incluyen:

- Síntomas emocionales: Como tristeza, ansiedad, irritabilidad o cambios en el estado de ánimo.
- Síntomas cognitivos: Como confusión, dificultad para concentrarse o pensamientos desorganizados.
- Síntomas físicos: Cambios en el apetito, el sueño, la energía y cualquier dolor físico relacionado con el trastorno.

- Síntomas conductuales: Alteraciones en el comportamiento, como la agitación, impulsividad, aislamiento social o comportamientos peligrosos.
- Presencia de trastornos psicóticos: Como alucinaciones, delirios o paranoia.

El psiquiatra también profundiza en los factores desencadenantes de los síntomas y su evolución temporal, preguntando cómo comenzaron, cómo han cambiado a lo largo del tiempo y qué eventos específicos podrían haber influido en el empeoramiento o mejora de los síntomas.

En la psiquiatría, los principales síntomas psíquicos son; Tristeza: Es un síntoma afectivo que se caracteriza por la sensación de pérdida, desesperanza y pesimismo. Es frecuente en trastornos como la depresión mayor. Ansiedad: Se refiere a la sensación de miedo o inquietud que puede ser generalizada (como en el trastorno de ansiedad generalizada) o estar relacionada con situaciones específicas (como en las fobias).

La euforia; es el estado emocional elevado que es común en trastornos como el trastorno bipolar durante los episodios maníacos, la irritabilidad es el estado emocional de agitación, común en los trastornos del estado de ánimo, trastornos de la personalidad y trastornos psicóticos. La disforia, es el sentimiento de malestar generalizado, que es un síntoma prominente en trastornos depresivos y trastornos de ansiedad.

Los signos psíquicos principales, son las alucinaciones definidas como percepciones sensoriales sin un estímulo real. Pueden ser visuales, auditivas, táctiles o de otros tipos. Los delirios, son creencias falsas que el paciente sostiene con firmeza, a pesar de las evidencias que las contradicen. Los delirios de persecución y los delirios místicos son típicos en trastornos psicóticos. Las ideas obsesivas, son pensamientos intrusivos y persistentes que el paciente no puede controlar, a menudo asociados con el trastorno obsesivo-compulsivo.

La entrevista clínica es el primer paso en el proceso de diagnóstico y es esencial para obtener información detallada sobre el paciente. En ella se evalúan varios aspectos, tales como:

- Historia clínica: Historia médica general y psiquiátrica, incluyendo antecedentes familiares y personales.

- Motivo de consulta: El principal síntoma o razón por la que el paciente acude al médico.
- Estado actual: Descripción detallada de los síntomas presentes en el paciente.

El examen mental es una parte central de la entrevista clínica en psiquiatría, donde el psiquiatra observa y evalúa los aspectos psíquicos y comportamentales del paciente. Se centra en varios dominios para obtener una evaluación integral:

- Apariencia y conducta: Se evalúa el estado general del paciente, su higiene personal, vestimenta, postura y comportamiento durante la entrevista. También se observa cualquier signo de agitación, inhibición o movimientos anormales.
- Actitud hacia el entrevistador: Se observa cómo el paciente se comporta con el profesional, si está cooperativo, hostil, evasivo o distante.
- Estado de ánimo y afecto: El psiquiatra pregunta sobre cómo se siente el paciente (estado de ánimo subjetivo) y observa las emociones expresadas (afecto). Se busca detectar signos de depresión, euforia, ansiedad, etc.
- Pensamiento: Se evalúan los procesos de pensamiento del paciente, su fluidez, coherencia y lógica. Esto incluye la evaluación de posibles alteraciones como pensamientos desorganizados, delirios o ideas paranoides.
- Percepción: Se exploran posibles trastornos perceptivos, como alucinaciones visuales, auditivas o de otro tipo, preguntando si el paciente experimenta percepciones fuera de lo común.
- Cognición: Se evalúan funciones cognitivas como la orientación (en cuanto a tiempo, lugar y persona), la memoria (corto y largo plazo), la atención y la capacidad de concentración.
- Juicio y raciocinio: Se observa si el paciente muestra buen juicio, tomando decisiones sensatas, y si su raciocinio es apropiado y lógico.
- Insight: Se evalúa el nivel de conciencia del paciente sobre su trastorno, es decir, si es capaz de reconocer que tiene un problema de salud mental.

1.4.1 Exploración psíquica

La exploración psíquica es un proceso sistemático y estructurado, que incluye; Orientación; Evaluación de la conciencia del paciente sobre el tiempo, el lugar y la persona. Atención y concentración; El paciente es evaluado mediante pruebas que examinan su capacidad para concentrarse y mantener la atención. Memoria; Se evalúan la memoria a corto y largo plazo mediante preguntas y tareas específicas. Juicio y razonamiento; Evaluación de la capacidad del paciente para tomar decisiones lógicas y apropiadas.

Se debe incluir una evaluación del estado emocional y afectivo; La evaluación de las emociones y los afectos es esencial en la semiología psiquiátrica, ya que muchos trastornos psiquiátricos se caracterizan por alteraciones en el estado afectivo. Se deben observar las siguientes áreas: Afecto (se refiere a la expresión observable de las emociones. Puede ser adecuado, aplanado, superficial, o inapropiado), estado de ánimo (Es la disposición emocional predominante del paciente. Puede ser depresivo, eufórico, ansioso, etc), labilidad emocional (Es el cambio rápido e inapropiado en el estado de ánimo, común en trastornos afectivos y en trastornos neurológicos).

La atención es un componente crucial en la evaluación del estado mental, ya que se refiere a la capacidad del paciente para concentrarse, seguir instrucciones y mantener su enfoque durante la entrevista. Se exploran varias facetas de la atención:

- Atención sostenida: La capacidad para mantener la atención sobre una tarea durante un período prolongado.
- Atención selectiva: La habilidad para concentrarse en información relevante mientras se ignora el ruido o estímulos irrelevantes.
- Atención dividida: Evaluación de la capacidad para manejar múltiples tareas simultáneamente, como hablar y recordar información al mismo tiempo.

La falta de atención adecuada puede estar relacionada con trastornos como la déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastornos de ansiedad, depresión o trastornos neurológicos. En algunos casos, los trastornos psicóticos o delirantes también pueden interferir con la capacidad de atención.

La orientación se refiere a la capacidad del paciente para reconocer y situarse en su entorno y contexto temporal. Esta evaluación es crítica para comprender el nivel de conciencia y funcionalidad del paciente. Se evalúan los siguientes aspectos:

- Orientación en tiempo: El paciente debe ser capaz de identificar correctamente el día, mes, año y la hora. La desorientación temporal puede ser un signo de deterioro cognitivo o trastornos del ánimo.
- Orientación en lugar: Implica la capacidad para reconocer el entorno físico donde se encuentra. La desorientación espacial puede ser indicativa de trastornos neurológicos o demencia.
- Orientación en persona: Se refiere a la capacidad del paciente para reconocer quién es él mismo, así como a las personas con las que está interactuando. La desorientación en cuanto a la identidad puede ocurrir en trastornos disociativos o delirantes.

La memoria es una función cognitiva esencial para el día a día. La evaluación de la memoria incluye la revisión de varios tipos de memoria:

- Memoria a corto plazo: Evalúa la capacidad del paciente para retener información a breve plazo, por ejemplo, repetir una lista de palabras después de unos segundos.
- Memoria a largo plazo: Se refiere a la capacidad de recordar eventos pasados significativos, tanto autobiográficos como generales. La pérdida de memoria a largo plazo puede estar asociada con demencia, trastornos amnésicos o trastornos neurológicos.
- Memoria episódica: Relacionada con la capacidad para recordar hechos específicos o experiencias vividas.
- Memoria semántica: Referida al recuerdo de hechos generales, conocimientos o información sin relación personal directa.

Trastornos como la amnesia y ciertas formas de demencia o encefalopatías pueden presentar alteraciones significativas en la memoria, lo que puede influir en el diagnóstico y manejo del paciente.

El afecto se refiere a las emociones y sentimientos del paciente y a cómo estos se expresan externamente. Durante la exploración, se observa cómo el paciente muestra su estado emocional en la interacción, y se pueden identificar varias características:

- **Expresión emocional:** Se evalúa si el paciente muestra emociones de manera apropiada, como alegría, tristeza, ira o ansiedad. Los trastornos emocionales pueden reflejarse en la expresión facial, los gestos o el tono de voz.
- **Afecto congruente o incongruente:** El afecto debe ser congruente con el contenido de los pensamientos del paciente. Por ejemplo, un paciente que habla sobre una pérdida importante y muestra una falta de afecto o una expresión facial inapropiada puede estar experimentando un trastorno del ánimo.
- **Afecto plano:** En algunos trastornos, como la esquizofrenia o la depresión mayor, los pacientes pueden mostrar un afecto plano o aplanado, es decir, una expresión emocional muy reducida o ausente.
- **Afecto labile:** Se refiere a cambios emocionales rápidos e impredecibles, como los que se observan en trastornos afectivos o neurológicos.

La evaluación del afecto también permite detectar señales de trastornos emocionales o psicopatológicos, como la depresión, la manía, los trastornos de ansiedad o los trastornos afectivos bipolares.

El juicio se refiere a la capacidad del paciente para tomar decisiones sensatas y razonadas, y para evaluar las consecuencias de sus acciones. En la exploración clínica, se evalúa en términos de:

- **Juicio social:** Capacidad del paciente para interactuar adecuadamente con los demás en situaciones sociales.
- **Juicio moral y ético:** Implica la habilidad para hacer distinciones entre lo correcto e incorrecto, y tomar decisiones basadas en principios éticos.
- **Juicio práctico:** Evaluación de la capacidad del paciente para tomar decisiones sobre actividades cotidianas y resolver problemas. Por ejemplo, tomar decisiones sobre la gestión de su salud o vida diaria.

El juicio deteriorado puede ser indicativo de trastornos psicóticos, demencia, lesiones cerebrales, o abuso de sustancias, lo que puede afectar la capacidad del paciente para tomar decisiones apropiadas y seguras.

El razonamiento es la habilidad del paciente para pensar de manera lógica, coherente y estructurada. Se evalúan varios aspectos del razonamiento, tales como:

- **Razonamiento abstracto:** Se refiere a la capacidad para entender conceptos complejos y abstractos. En la evaluación clínica, se puede probar mediante la interpretación de proverbios o metáforas.
- **Razonamiento concreto:** Implica la capacidad de pensar de manera directa y literal. Los pacientes con razonamiento concreto a menudo tienen dificultades para entender metáforas o interpretaciones figurativas.
- **Coherencia lógica:** El psiquiatra evalúa si el paciente presenta ideas y razonamientos claros y sin contradicciones. La desorganización del pensamiento puede ser un signo de trastornos psicóticos como la esquizofrenia.
- **Razonamiento crítico:** Evalúa la capacidad del paciente para analizar información y llegar a conclusiones razonadas. Trastornos de la personalidad o psicóticos pueden interferir en el razonamiento crítico.

Videos complementarios



Semiología psiquiátrica en 12 minutos

<https://www.youtube.com/watch?v=txBgFDNUEF8>

1.4.2 Signos de alerta y urgencia psiquiátricas

En ciertos casos, la semiología psiquiátrica ayuda a identificar signos de urgencia que requieren intervención inmediata:

Riesgo suicida: Pensamientos suicidas o planes detallados.

Riesgo de agresión: Comportamiento agresivo o impulsivo.

Confusión mental aguda: Delirium o cambios drásticos en el nivel de conciencia.

Actividad 2

Realiza la búsqueda de una historia clínica completa enfocada en la psiquiatría para analizar y comentar en clase

Fuentes bibliográficas de primera unidad

- Castaño, E. (2007). *La psiquiatría en México: Historia y desarrollo*. Editorial Universitaria.
- González, C. J. (2011). *Psiquiatría y psicoanálisis en México: Aproximación a un siglo de historia*. *Revista Mexicana de Psiquiatría*, 37(3), 123-145.
- González, M. (2010). *La psiquiatría en la historia de la medicina mexicana*. Editorial Médica Panamericana.
- Hernández, M. (2014). *Reformas en salud mental post-revolución en México: Implicaciones sociales y políticas*. *Revista de Salud Pública*, 46(1), 78-89.
- Maldonado, M. (1992). *Psiquiatría y asilos en la Nueva España*. Ediciones del Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Martínez, J. (2009). *Salud mental en el México prehispánico*. *Historia de la Medicina*, 31(4), 56-67.
- Méndez, L. (2013). *Avances y desafíos en la psiquiatría mexicana contemporánea*. *Medicina y Salud Pública*, 59(2), 99-112.
- Pérez, V. (2017). *Salud mental en México: Políticas y derechos humanos*. Ediciones de la UNAM.
- Rodríguez, A. (2011). *El tratamiento de la locura en el México colonial: Una mirada crítica*. *Revista de Historia Colonial*, 21(3), 45-63.
- Ramos, R. (2015). *La institucionalización de la psiquiatría en México*. Editorial Médica Internacional.
- Zavala, E. (2016). *Psiquiatría en el México contemporáneo: Retos y avances*. *Revista Mexicana de Psiquiatría*, 62(1), 22-39.

Unidad II

2. Enfermedad

2.1 definición de enfermedad y enfermedad mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la enfermedad como una alteración del estado fisiológico del cuerpo, que se manifiesta a través de síntomas y signos. La enfermedad mental se refiere a un amplio rango de condiciones de salud que afectan la mente, los pensamientos, las emociones y el comportamiento de una persona.

Se entiende dentro del ámbito médico como alteraciones en el sistema nervioso central, que se traducen en manifestaciones clínicas que afectan el bienestar psicológico y físico de un individuo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental no solo implica la ausencia de trastornos mentales, sino también el bienestar emocional, psicológico y social. La clasificación y diagnóstico de las enfermedades mentales se basa principalmente en criterios establecidos en el DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) y la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), que abordan la identificación de trastornos psiquiátricos desde un enfoque clínico.

En términos médicos, la enfermedad mental se distingue por la interferencia en las funciones cognitivas, emocionales y comportamentales que, en conjunto, afectan la capacidad de adaptación al entorno. La percepción de la realidad, las interacciones sociales y la capacidad para manejar el estrés pueden verse comprometidas, lo que genera un impacto funcional y personal significativo.

2.2 Clasificación de los trastornos psiquiátricos

La clasificación de los trastornos psiquiátricos es un aspecto fundamental en la medicina, ya que permite una comprensión sistemática y organizada de los trastornos mentales. Los sistemas de clasificación de los diagnósticos psiquiátricos tienen varias funciones: diferenciar entre distintos diagnósticos psiquiátricos con el objetivo de que los médicos puedan ofrecer el tratamiento más eficaz; proporcionar un lenguaje común entre profesionales de la salud, y explorar las causas aún desconocidas de numerosos trastornos mentales.

Las dos clasificaciones psiquiátricas más importantes son del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), desarrollado por la American Psychiatric Association en colaboración con otros grupos de profesionales de la salud mental, y la

Clasificación internacional de enfermedades (CIE), desarrollada por la Organización Mundial de la Salud.

Clasificación del DSM-5

Trastornos del neurodesarrollo

- Discapacidad intelectual o trastorno del desarrollo intelectual: La discapacidad intelectual se caracteriza por un promedio de inteligencia significativamente bajo y deficiencias en el funcionamiento adaptativo. El funcionamiento adaptativo se refiere a la eficacia de los individuos para alcanzar las demandas de la vida cotidiana adecuadas para su edad en áreas como comunicación, autocuidado y habilidades interpersonales.

En el DSM-5, la discapacidad intelectual se clasifica como leve, moderada, grave o profunda atendiendo al funcionamiento global, mientras que en el DSM-IV se clasificaba de acuerdo con el coeficiente intelectual como leve (50-55 a 70), moderada (35-40 a 50-55), grave (20-25 a 35-40) o profunda (inferior a 20-25). Una variación de la deficiencia intelectual conocida como retraso global del desarrollo se presenta en niños menores de 5 años de edad con defectos graves que superan los mencionados. Se habla de funcionamiento intelectual límite en el DSM-5.

- Trastornos de la comunicación: Existen cuatro tipos de trastornos de la comunicación que se diagnostican cuando los problemas en la comunicación provocan un deterioro importante del funcionamiento: (1) trastorno del lenguaje, caracterizado por déficits en el desarrollo del vocabulario que producen dificultades para formular frases apropiadas para la edad, (2) trastorno fonológico, marcado por dificultades en la articulación de las palabras, (3) trastorno de la fluidez de inicio en la infancia o tartamudeo, que se caracteriza por dificultades en la fluidez, velocidad y ritmo al hablar, y (4) trastorno de la comunicación social o pragmático, que supone una dificultad profunda en la interacción social y comunicación con los pares.
- Trastornos del espectro autista. El espectro autista comprende un conjunto de comportamientos que se caracterizan por dificultades graves en numerosas áreas del desarrollo, como reciprocidad social, comunicación y patrones de

comportamiento o actividades de tipo restrictivo o repetitivo, incluyendo el habla. Se divide en tres grados: el grado 1 se caracteriza por la capacidad para hablar con una interacción social reducida (similar al trastorno de Asperger, que ya no aparece en el DSM-5), el grado 2 se distingue por un lenguaje e interacción social mínimos (diagnosticado como trastorno de Rett en el DSM-IV, aunque no se menciona en el DSM-5) y el grado 3 está marcado por una ausencia total de lenguaje e interacción social.

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Desde la década de 1990, el TDAH es uno de los trastornos psiquiátricos más comentados en los ambientes no médicos debido a la frontera, en ocasiones poco clara, entre el comportamiento normal propio de la edad y el trastorno del comportamiento, así como por la preocupación de que algunos niños que no padecen este trastorno se diagnostican y tratan con fármacos. La característica central de la enfermedad es la falta de atención persistente, junto con hiperactividad, impulsividad o ambas, que ocasionan un deterioro del funcionamiento clínicamente significativo. Se observa tanto en niños como en adultos.
- Trastornos específicos del aprendizaje. Son déficits en la maduración del desarrollo que se asocian con dificultades para adquirir las habilidades específicas de la lectura (dislexia), expresión escrita o matemáticas (discalculia).
- Trastornos motores. De forma parecida a los del aprendizaje, los trastornos motores se diagnostican cuando la coordinación motriz es sustancialmente inferior a las expectativas basadas en la edad y la inteligencia, y cuando los problemas de coordinación interfieren de forma significativa en el funcionamiento.

Los principales tipos de problemas motores son: (1) trastorno del desarrollo de la coordinación, un deterioro en el desarrollo de la coordinación motriz (p. ej., retraso en gatear o caminar, dejar caer las cosas o ejecución pobre de los ejercicios deportivos), (2) trastorno de movimientos estereotipados, que consiste en una actividad motriz repetitiva

(p. ej., sacudir la cabeza o mecer el cuerpo) y (3) trastornos de tics, caracterizados por la ejecución involuntaria, recurrente y estereotipada de movimientos o sonidos vocales.

Existen dos tipos de trastornos de tics: el trastorno de Gilles de la Tourette, caracterizado por tics motores y vocales (que incluyen coprolalia), y el trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico), marcado ya sea por tics vocales o motores, pero no ambos a la vez.

Especto de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

- Trastorno delirante. Se caracteriza por creencias fijas persistentes (p. ej., erotománicas, de grandeza, celotípicas, de tipo persecutorio, somáticas, mixtas y no especificadas). Por lo general, se refieren a situaciones que podrían presentarse en la vida real, como infidelidad, ser perseguido o tener una enfermedad, que no se consideran creencias extravagantes. En esta categoría se encuentra el trastorno delirante compartido (también conocido como folie à deux) del DSM-IV, que ha recibido el nuevo nombre de síntomas delirantes en la pareja con trastorno delirante en el DSM-5 y se caracteriza por la creencia delirante que desarrolla una persona que mantiene una relación estrecha con otra que presenta delirio y cuyo contenido es similar. La paranoia (un término que no se incluye en el DSM-5®) es una enfermedad rara caracterizada por el desarrollo gradual de un sistema de delirios elaborado, por lo general, con ideas de grandiosidad, que muestra un curso crónico, mientras que el resto de la personalidad permanece intacto.
- Trastorno psicótico breve. El trastorno psicótico breve requiere la presencia de delirios, alucinaciones, discurso desorganizado y comportamiento muy desorganizado o catatónico, como mínimo durante 1 día, pero menos de 1 mes. Puede ser precipitado por un factor estresante vital externo. La persona suele recuperar su nivel de funcionamiento habitual.
- Trastorno esquizofreniforme. El trastorno esquizofreniforme se caracteriza por los mismos síntomas de la fase activa de la esquizofrenia (delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o síntomas negativos), pero dura entre 1 y 6 meses, y no presenta caracteres prodrómicos ni fase residual de deterioro social o laboral.

- Trastorno esquizoafectivo. El trastorno esquizoafectivo también se caracteriza por los mismos síntomas de la fase activa que se observan en la esquizofrenia (delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o síntomas negativos), así como por la presencia de un síndrome maníaco o depresivo que no resulta breve en comparación con la duración de la psicosis. Las personas con un trastorno esquizoafectivo, a diferencia de las que tienen una alteración del estado de ánimo con rasgos psicóticos, presentan delirios o alucinaciones durante un mínimo de 2 semanas, sin coexistencia de síntomas del estado de ánimo importantes.

- Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos. Son trastornos con síntomas de psicosis provocados por sustancias psicoactivas o de otro tipo (p. ej., alucinógenos, cocaína).

- Trastorno psicótico debido a otra afección médica. Se caracteriza por alucinaciones o delirios que son consecuencia directa de una alteración médica (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal, avitaminosis, meningitis).

- Catatonía. Se caracteriza por la presencia de alteraciones motrices como la catalepsia (flexibilidad cética), el mutismo, la adopción de una postura y el negativismo. Puede asociarse con otros trastornos mentales (p. ej., esquizofrenia o trastorno bipolar) o deberse a otra afección médica (p. ej., neoplasia, traumatismo craneoencefálico, encefalopatía hepática).

Trastorno bipolar y trastornos relacionados

- Trastorno depresivo mayor. La característica obligada del trastorno de depresión mayor es un estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o placer por las actividades habituales. Todos los síntomas deben estar presentes prácticamente cada día, excepto las ideas de suicidio o los pensamientos de muerte, que sólo deben ser recurrentes. El diagnóstico se descarta si los síntomas son consecuencia de un duelo normal y si existen síntomas psicóticos en ausencia de síntomas del estado de ánimo.
- Trastorno depresivo persistente o distimia. La distimia es una forma de depresión leve y crónica que se prolonga por lo menos durante 2 años. A lo largo de este período, el individuo experimenta un estado de ánimo deprimido casi las 24 h del día y al menos dos síntomas más de depresión.
- Trastorno disfórico premenstrual. Aparece aproximadamente 1 semana antes de la menstruación y se caracteriza por irritabilidad, labilidad emocional, cefalea y ansiedad o depresión, que remiten cuando acaba el ciclo menstrual.
- Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos. Se caracteriza por un estado de ánimo deprimido debido al consumo de alguna sustancia (p. ej., alcohol) o medicamento (p. ej., barbitúricos).
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica. Es un estado secundario a una enfermedad (p. ej., hipotiroidismo o síndrome de Cushing).
- Otro trastorno depresivo especificado. Esta categoría diagnóstica incluye dos subtipos: (1) episodio depresivo recurrente, que supone un estado depresivo de al menos 2-13 días y que aparece por lo menos una vez al mes y (2) episodio depresivo de corta duración, en el que el estado de ánimo deprimido se prolonga entre 4 y 14 días, pero no se observan recurrencias.

- Trastorno depresivo no especificado. Esta categoría diagnóstica se compone de cuatro subtipos básicos: (1) melancolía, una forma grave de depresión mayor que se caracteriza por desesperanza, anhedonia y retraso psicomotor, e incluye también un alto riesgo de suicidio; (2) depresión atípica, marcada por un trastorno de ánimo deprimido asociado con ganancia de peso en lugar de pérdida, y con hipersomnias en lugar de insomnio; (3) con inicio en el periparto, en el que la depresión tiene lugar en el período del parto o en el mes siguiente de dar a luz (en el DSM-IV se denomina depresión posparto), y (4) con patrón estacional, en el que el estado de ánimo deprimido aparece en un período determinado del año, por lo general en el invierno (también conocido como trastorno afectivo estacional).
- Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo. Se trata de un nuevo diagnóstico entre los trastornos depresivos que se presenta en niños mayores de 6 años y menores de 18 años, y se caracteriza por accesos de cólera intensos, irritabilidad crónica y estado de ánimo irascible.

Trastornos de ansiedad

- Trastorno de pánico. La crisis de angustia o ataque de pánico se caracteriza por sentimientos de miedo o terror intenso que aparecen de pronto, sin un motivo aparente, en situaciones en las que no hay nada que temer. Se acompaña de palpitaciones o pulsaciones, dolor torácico, disnea o ahogo, mareos, temblor o agitación, sensación de desfallecimiento o desmayo, sudoración y náuseas.
- Agorafobia. La agorafobia es una consecuencia frecuente del trastorno de pánico, aunque puede ocurrir en ausencia de éste. Las personas con agorafobia evitan (o procuran evitar) situaciones que consideran les podrían desencadenar un ataque de pánico (o síntomas similares) o de las que creen que resultaría difícil escapar si tuvieran una crisis de angustia.
- Fobia específica. La fobia específica se caracteriza por un miedo excesivo e irracional a objetos o situaciones concretas, que casi siempre se produce por la exposición al

estímulo temido. El estímulo fóbico se evita y, cuando no se puede evitar, la persona siente una ansiedad o una incomodidad intensas.

- Trastorno de ansiedad o fobia sociales. La fobia social se caracteriza por el miedo a ser avergonzado o humillado por otros. Se parece a la fobia específica: los estímulos fóbicos se evitan y, cuando no se pueden evitar, la persona se siente extraordinariamente ansiosa o incómoda. Cuando los estímulos fóbicos incluyen la mayoría de las situaciones sociales, se habla de fobia social generalizada.
- Trastorno de ansiedad generalizada. Este trastorno se caracteriza por preocupación excesiva y crónica que se produce la mayoría de los días y que resulta difícil de controlar. La preocupación se asocia con síntomas como problemas de concentración, insomnio, tensión muscular, irritabilidad e inquietud física, y causa angustia o discapacidad clínicamente significativas.
- Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica. Se diagnostica trastorno de ansiedad debido a otra afección médica cuando existen pruebas de que la elevada ansiedad es consecuencia directa de una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos. Se diagnostica trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos cuando la razón de la ansiedad es una sustancia (p. ej., cocaína) o un medicamento (p. ej., cortisol).
- Trastorno de ansiedad por separación. Se presenta en niños y se caracteriza por una ansiedad excesiva relacionada con la separación del hogar o de las figuras de mayor apego, superior al esperado por el nivel de desarrollo del niño.
- Mutismo selectivo. Se caracteriza por el rechazo persistente a hablar en situaciones específicas, a pesar de haber demostrado la capacidad para hacerlo en otras situaciones.

Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados

- Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Este trastorno se caracteriza por la existencia de pensamientos o imágenes repetidos que se consideran intrusivos y resultan inoportunos (obsesiones), comportamientos repetitivos que la persona se siente obligada a realizar (compulsiones) o ambos. La mayoría de las veces, las compulsiones se hacen para reducir la ansiedad asociada con el pensamiento obsesivo.
- Trastorno dismórfico corporal. Este trastorno se distingue por una preocupación angustiada e incapacitante por un defecto imaginario o leve de la apariencia física. Si la creencia se sostiene con una intensidad delirante, también se podría emitir el diagnóstico de trastorno delirante de tipo somático.
- Trastorno de acumulación. Se trata de un patrón de comportamiento de acumulación de objetos de forma compulsiva que pueden tener o no utilidad para la persona. El individuo es incapaz de desprenderse de esos objetos incluso cuando sabe que pueden crearle situaciones difíciles en casa, como el riesgo de incendio.
- Tricotilomanía o trastorno de arrancarse el pelo. Se caracteriza por la acción repetida de arrancarse el pelo, que ocasiona una notoria pérdida capilar. Puede darse en cualquier parte del cuerpo (p. ej., en la cabeza, las cejas o la zona púbica).
- Trastorno de excoriación o rascarse la piel. Está marcado por la necesidad compulsiva de rascarse en una zona de la piel hasta el punto de hacerse daño físico.
- Trastorno obsesivo-compulsivo inducido por sustancias/medicamentos. Se caracteriza por el comportamiento obsesivo o compulsivo secundario al empleo de un fármaco o una sustancia, por ejemplo, el abuso de cocaína, que puede causar la necesidad de rascarse compulsivamente la piel (“formicación”).

- Trastorno obsesivo-compulsivo debido a otra afección médica. La razón del comportamiento obsesivo o compulsivo se debe a una afección médica, por ejemplo, puede presentarse después de una infección estreptocócica.
- Otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados específicos. Esta categoría incluye un grupo de trastornos como los celos obsesivos, en los que una persona tiene pensamientos repetitivos con respecto a la infidelidad de su cónyuge o pareja. Debe distinguirse de las creencias delirantes como el koro, un trastorno que ocurre en el sudeste asiático en el que la persona cree que sus genitales se están reduciendo y se retraerán dentro de su cuerpo, y del trastorno de comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo, en el que la persona insiste en patrones de comportamiento compulsivos como morderse las uñas o los labios.

Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

- Trastorno de apego reactivo: aparece durante la lactancia o primera infancia. Se caracteriza por un deterioro marcado de la capacidad de relación debido a una prestación de cuidados notablemente patológica.
- Trastorno de relación social desinhibida. En este trastorno, el niño o el adolescente se aproxima o relaciona de manera activa con adultos extraños, por lo general, como resultado de un cuidado negligente en la infancia.
- Trastorno de estrés postraumático (TEPT). Este trastorno aparece después de un suceso traumático en el que la persona cree que se encuentra en peligro físico o que su vida está en peligro. El TEPT también puede ocurrir después de presenciar un suceso violento o que amenaza la vida de otra persona. Por lo general, los síntomas se producen después del suceso traumático, aunque, en algunos casos, pueden aparecer meses o incluso años después.
- Este trastorno se diagnostica cuando una persona reacciona al suceso traumático con miedo y vuelve a experimentar los síntomas con el tiempo, o muestra síntomas de evitación o hiperexcitación.

- Estos síntomas persisten por lo menos durante 1 mes y causan un deterioro clínicamente significativo de la actividad y el funcionamiento, o bien, angustia.
- Trastorno de estrés agudo. El trastorno de estrés agudo se produce como consecuencia de los mismos factores estresantes que precipitan el TEPT. No se diagnostica si los síntomas duran más de 1 mes.
- Trastornos de adaptación. Suponen reacciones desadaptativas como respuesta a factores estresantes vitales que se encuentran bien identificados. Se subdividen de acuerdo con los síntomas: con ansiedad, con estado de ánimo deprimido, con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido, con alteración de la conducta y con alteración mixta de las emociones y la conducta.
- Trastorno de duelo complejo persistente. Supone una pena crónica y persistente que se caracteriza por amargura, enfado o sentimientos ambivalentes hacia alguien muerto, acompañados por una intensa y prolongada retracción que caracteriza al trastorno (también denominado duelo o aflicción complicados). Debe distinguirse de la pena o el duelo naturales.

Trastornos disociativos

- Amnesia disociativa. La amnesia disociativa se caracteriza por el olvido de información personal importante de naturaleza generalmente traumática.
- Fuga disociativa. La fuga disociativa se caracteriza por viajes repentinos lejos del hogar asociados con una pérdida de memoria parcial o completa de la propia identidad.
- Trastorno de identidad disociativo. Antes conocido como trastorno de la personalidad múltiple, la característica esencial de este trastorno es la presencia de

dos o más identidades distintas que asumen el control del comportamiento del individuo.

- Trastorno de despersonalización/desrealización. El rasgo esencial del trastorno de despersonalización/desrealización consiste en episodios persistentes o recurrentes de despersonalización (alteración del sentido del propio ser físico, incluyendo sentimientos de encontrarse fuera del propio cuerpo, físicamente escindido o alejado de la gente, flotando, observándose a uno mismo desde la distancia, como en un sueño) o desrealización (experimentar el entorno como irreal o distorsionado).

Síntomas somáticos y trastornos relacionados

- Trastorno de síntomas somáticos. Este trastorno se caracteriza por niveles elevados de ansiedad y preocupación persistente debido a los signos y síntomas somáticos que se interpretan de manera errónea como indicativos de una afección médica. En este trastorno se incluye la hipocondría.
- Trastorno de ansiedad por enfermedad. Temor a estar enfermo con apenas o sin algún síntoma corporal. Es un diagnóstico nuevo en el DSM-5.
- Trastorno de síntomas neurológicos funcionales. Antes conocido como trastorno de conversión, se caracteriza por una alteración inexplicada de la función motriz o sensitiva voluntaria que sugiere la presencia de una enfermedad neurológica o de otro tipo. El conflicto psicológico es el responsable de la aparición de los síntomas.
- Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas. Engloba problemas psicológicos que afectan de forma negativa a una enfermedad médica por el aumento del riesgo de un resultado adverso.

- Trastorno facticio. También denominado síndrome de Munchausen, se refiere a la simulación deliberada de síntomas físicos o psicológicos para asumir el papel de enfermo. En el trastorno facticio aplicado a otro (antes conocido como trastorno facticio por poderes), una persona presenta a otra como enferma, con frecuencia una madre a su hijo. Se diferencia de la simulación porque, aunque los síntomas que se comunican también son falsos, la motivación de la simulación se relaciona con incentivos externos, como evitar la responsabilidad, obtener una compensación económica o conseguir sustancias.
- Otros trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados. Esta categoría es para los trastornos no clasificados en los grupos anteriores. Uno de ellos es la pseudociosis, en la que una persona cree falsamente que está embarazada (en raras ocasiones, puede presentarse en un varón).

Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos

- Anorexia nerviosa. Trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por la pérdida de peso corporal y el rechazo a alimentarse. Por lo general, la sensación de apetito se mantiene.
- Bulimia nerviosa. La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes y frecuentes de atracones, seguidos o no de vómitos.
- Trastorno de atracones. Variante de la bulimia nerviosa, con episodios de atracones ocasionales una vez a la semana.
- Pica. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas (p. ej., almidón).
- Trastorno de rumiación. La característica esencial es la regurgitación repetida de alimentos; por lo general, inicia en la infancia o la niñez.

- Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos. Llamado trastorno de la conducta alimentaria en la infancia o la niñez en el DSM-IV, su característica principal es la falta de interés por la comida o los alimentos, que lleva a una falta de crecimiento.

Trastornos de la excreción

- Encopresis, incapacidad para mantener el control del contenido intestinal
- Enuresis: incapacidad para retener la emisión del contenido de la vejiga urinaria.

Trastornos del sueño-vigilia

- Trastorno de insomnio. Se caracteriza por dificultad para iniciar el sueño. Puede ser una afección independiente, o bien, concomitante con otros trastornos mentales, trastornos del sueño u otra afección médica.
- Trastorno de hipersomnia. La hipersomnia o somnolencia excesiva se diagnostica cuando el individuo duerme demasiado y se siente muy cansado a pesar de haber dormido lo suficiente, o por haber dormido una cantidad excesiva de horas.
- Parasomnias. Se caracterizan por acontecimientos conductuales, vivenciales o fisiológicos anómalos durante el sueño. Esta categoría se compone de tres subtipos: trastornos del despertar del sueño no REM, que incluyen el despertar incompleto del sueño acompañado ya sea por sonambulismo, o bien, por terrores nocturnos; trastorno de pesadillas, en el que las pesadillas inducen despertares repetidos y causan malestar y deterioro, y trastorno del comportamiento del sueño REM, que se caracteriza por vocalizaciones o comportamientos motores complejos durante el sueño.
- Narcolepsia. La narcolepsia está marcada por ataques de sueño, por lo general, con pérdida del tono muscular (cataplejía).

- Trastornos del sueño relacionados con la respiración. Existen tres subtipos de este tipo de enfermedad. El más frecuente es la apnea e hipopnea obstructiva del sueño, en la que las apneas (ausencia de flujo de aire) e hipopneas (reducción del flujo de aire) ocurren repetidamente durante la noche, ocasionando ronquidos y somnolencia durante el día. La apnea central del sueño supone la presencia de respiración de Cheyne-Stokes, además de apneas e hipopneas. Finalmente, la hipoventilación relacionada con el sueño causa una elevación de la concentración de CO₂ asociada con la disminución de la respiración.

- Síndrome de las piernas inquietas. Este síndrome se identifica por el movimiento compulsivo de las piernas durante el sueño.

- Trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos. Esta categoría incluye los trastornos del sueño que son causados por un fármaco o una sustancia (p. ej., alcohol o cafeína).

- Trastornos del ritmo circadiano del sueño-vigilia. En la base de estos trastornos se encuentra un patrón de interrupción del sueño que altera o provoca un alineamiento defectuoso en el ritmo circadiano de la persona, lo que produce insomnio o somnolencia excesiva. Existen seis tipos: (1) tipo de fases de sueño retrasadas, caracterizado por un retraso de horas con respecto a los tiempos de inicio del sueño y de despertar mayor del deseado o de los horarios convencionales; (2) tipo de fases de sueño avanzadas,

Disfunciones sexuales

- Eyaculación retardada. Incapacidad o un marcado retraso en la capacidad para eyacular durante el coito o la masturbación.

- Trastorno eréctil. Incapacidad para conseguir o mantener una erección suficiente para lograr la penetración coital.

- Trastorno orgásmico femenino. Ausencia de la capacidad para conseguir el orgasmo o la reducción significativa en la intensidad de las sensaciones orgásmicas durante la masturbación o el coito.
- Trastorno de interés/excitación sexual femenino. Supone la ausencia o reducción significativa del interés/excitación sexual durante las fantasías sexuales o la actividad sexual, que causa malestar.
- Trastorno de dolor genitopélvico/penetración. Este trastorno reemplaza a los términos vaginismo y dispareunia (espasmo vaginal y dolor que interfieren en el coito). Supone la anticipación del dolor o un dolor real durante la actividad sexual, en particular, relacionado con la penetración vaginal.
- Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón. Ausencia o reducción de las fantasías o el deseo sexual en el varón. Eyaculación prematura o precoz. Se manifiesta por una eyaculación que se produce antes o inmediatamente después de la penetración durante el coito.
- Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos. Implica una discapacidad funcional debida al consumo de sustancias (p. ej., fluoxetina).
- Disfunción sexual no especificada. Incluye el trastorno sexual debido a una afección médica (p. ej., esclerosis múltiple).

Disforia de género

- Trastorno de la identidad de género o sexual, se caracteriza por un malestar persistente con el sexo biológico asignado y, en algunos casos, por el deseo de tener los órganos sexuales del sexo opuesto. Se subdivide en disforia de género en niños y disforia de género en adultos.

Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta

- Trastorno negativista desafiante. Esta alteración se diagnostica en niños y adolescentes. Los síntomas incluyen enfado, irritabilidad, discusiones/actitud desafiante y rechazo al cumplimiento de las normas.
- Trastorno explosivo intermitente. Este trastorno se caracteriza por arrebatos recurrentes e incontrolados de agresividad.
- Trastorno de conducta. El trastorno de conducta se diagnostica en niños y adolescentes, y se caracteriza por agresiones e intimidaciones.
- Piromanía. La característica distintiva de la piromanía es la provocación deliberada de incendios.

Trastornos relacionados con sustancias

- Trastorno por consumo de sustancias. A veces llamado adicción, este grupo de alteraciones se diagnostica atendiendo a la sustancia de abuso: alcohol, cocaína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, estimulantes o tabaco.
- Trastornos relacionados con el alcohol. Los trastornos relacionados con el alcohol comprenden un deterioro causado por el consumo excesivo de alcohol. Incluyen el trastorno por consumo de alcohol, cuya ingesta repetida de alcohol provoca el desarrollo de tolerancia y síndrome de abstinencia, intoxicación por alcohol, o embriaguez, y abstinencia de alcohol, que puede conducir al delirium tremens.
- Otros trastornos inducidos por el alcohol. Este grupo incluye los trastornos psicótico, bipolar, depresivo, de ansiedad, del sueño, sexuales y neurocognitivos, como el trastorno amnésico persistente (también llamado síndrome de Korsakof), estimulantes y tabaco.
- Juego patológico. Se clasifica como un trastorno no relacionado con sustancias. Supone el juego compulsivo con incapacidad para detenerse o reducirlo, a pesar de

las dificultades sociales o económicas que pueda conllevar. Algunos clínicos consideran que las adicciones sexuales deberían clasificarse del mismo modo, pero no se contempla su diagnóstico en el DSM-5.

Trastornos neurocognitivos

- **Demencia:** Enfermedad de Alzheimer, Demencia vascular ,Enfermedad por cuerpos de Lewy, Enfermedad de Parkinson, Degeneración del lóbulo frontotemporal (enfermedad de Pick), Traumatismo cerebral, Infección por VIH, Demencia provocada por el consumo de sustancias/medicamentos , Enfermedad de Huntington, Enfermedad por priones, Demencia debida a otras afecciones médicas (síndrome amnésico en el DSM-IV-TR), Trastorno neurocognitivo debido a etiologías múltiples, y Trastorno neurocognitivo no especificado.

- **Delirium.** Se define por la presencia de confusión y alteración de la cognición en poco tiempo, causadas por intoxicación o abstinencia de una sustancia (cocaína, opiáceos, fenciclidina), fármaco (cortisol), otra afección médica (infección) u otras causas (privación del sueño).

- **Trastorno neurocognitivo leve.** Declive leve o moderado de la función cognitiva. Debe distinguirse de los cambios normales que se producen con la edad (cambios seniles relacionados con la edad).

- **Trastorno neurocognitivo mayor:** Es un término que puede emplearse como sinónimo de demencia, preferido por la mayoría de los psiquiatras. Es el deterioro grave de la memoria, función ejecutiva, orientación y cognición. Existen 13 subtipos; enfermedad de alzheimer, demencia vascular, degeneración del lóbulo frontotemporal, enfermedad por cuerpos de lewy, traumatismo cerebral, infección por VIH, enfermedad de priones, enfermedad de parkinson, enfermedad de Huntington, otras afecciones médicas, trastorno neurocognitivo provocado por el consumo de sustancias o medicamentos, y de etiologías múltiples.

Trastornos de la personalidad

- Trastorno de la personalidad paranoide. Se caracteriza por desconfianza injustificada, hipersensibilidad, celos, envidia, rigidez, autoestima excesiva y tendencia a culpar y a asignar intenciones malévolas a otros.
- Trastorno de la personalidad esquizoide. Se caracteriza por timidez, sensibilidad excesiva, soledad, distanciamiento de las relaciones cercanas o competitivas, excentricidad, sin pérdida de la capacidad de reconocer la realidad y soñar despierto, e incapacidad para expresar hostilidad o agresividad.
- Trastorno de la personalidad esquizotípica. Es semejante al trastorno de la personalidad esquizoide, pero el individuo también muestra pruebas leves de pérdida de contacto con la realidad, creencias extrañas, distancia y retraimiento.
- Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva. Se caracteriza por una preocupación excesiva por cumplir las normas y la rigurosidad; el individuo puede ser rígido, excesivamente concienzudo, dubitativo, muy inhibido e incapaz de relajarse (las tres “P”: puntual, parsimonioso y preciso).
- Trastorno de la personalidad histriónica. Se caracteriza por inestabilidad emocional, excitabilidad, hiperreactividad, vanidad, inmadurez, dependencia y sobreactuación para captar la atención, así como actitud seductora.
- Trastorno de la personalidad evasiva. Se caracteriza por bajos niveles de energía, fatigabilidad, falta de entusiasmo, incapacidad para disfrutar de la vida y sensibilidad excesiva al estrés.
- Trastorno de la personalidad antisocial. Define a personas en conflicto con la sociedad. Son incapaces de manifestar lealtad y se muestran egoístas, insensibles,

irresponsables e impulsivos, no sienten culpabilidad ni aprenden de la experiencia; muestran bajos niveles de tolerancia a la frustración y tendencia a culpar a los demás.

- Trastorno de la personalidad narcisista. Se caracteriza por sentimientos de grandiosidad, sensación de tener más derecho, falta de empatía, envidia, manipulación y necesidad de atención y admiración.
- Trastorno de la personalidad límite. Se caracteriza por inestabilidad, impulsividad, sexualidad caótica, actos de suicidio, comportamiento autolesivo, problemas de identidad, ambivalencia y sentimientos de vacío y aburrimiento.
- Trastorno de la personalidad dependiente. Se caracteriza por una conducta pasiva y sumisa. La persona no está segura de sí misma y se hace absolutamente dependiente de otras.
- Cambios de la personalidad debidos a otra afección médica. Esta categoría incluye las alteraciones de la personalidad debidas a una afección médica (p. ej., un tumor cerebral).
- Trastorno de la personalidad no especificado. Categoría que engloba otros rasgos de la personalidad que no pueden clasificarse en los patrones descritos hasta ahora.

Trastornos parafilicos y parafilias

- En la parafilia, el interés sexual de una persona se dirige principalmente hacia objetos más que hacia otras personas, hacia actos sexuales que no suelen relacionarse con el coito o hacia el coito llevado a cabo en circunstancias extravagantes.
- Trastorno parafilico supone la expresión de un comportamiento sexual que puede dañar a otra persona. Se incluye el exhibicionismo (exposición de los genitales), voyeurismo (la observación de actividades sexuales), frotteurismo (tocamientos o fricción con otra persona), pedofilia (atracción sexual hacia niños), masoquismo

sexual (excitación al sentir dolor), sadismo sexual (excitación al infligir dolor), fetichismo (excitación por objetos inanimados) y travestismo (vestirse con ropas del otro sexo).

Otros trastornos mentales

- Otro trastorno mental no especificado debido a una afección médica (p. ej., síntomas disociativos secundarios a epilepsia del lóbulo temporal),
- Trastorno mental inespecífico debido a una afección médica (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal que provoca síntomas inespecíficos),
- Otro trastorno mental no especificado, en el que los síntomas están presentes pero a nivel subclínico, por lo que no se puede diagnosticar una enfermedad mental específica.
- Trastorno mental inespecífico, en el que están presentes síntomas mentales, pero a un nivel subclínico, que no permite diagnosticar ningún trastorno.

Trastornos motores inducidos por medicamentos y otros efectos adversos debidos a medicamentos

- Parkinsonismo inducido por neurolépticos u otros medicamentos, que se presenta con temblor rítmico, rigidez, acinesia o bradicinesia, el cual es reversible cuando el fármaco que lo causa se retira o se reduce la dosis,
- Síndrome neuroléptico maligno, que se presenta con rigidez muscular, distonía o hipertermia.
- Distonía aguda inducida por medicamentos, que consiste en lentitud y contractura prolongada de la musculatura que causa desviaciones posturales,

- Acatisia aguda inducida por medicamentos, que se presenta como inquietud acompañada de movimientos excesivos constatables,
- Discinesia tardía, que se caracteriza por el movimiento involuntario de los labios, la mandíbula y la lengua, junto con otros movimientos discinéticos involuntarios,
- Disonía o acatisia tardía, una variante de la discinesia tardía que incluye el síndrome extrapiramidal,
- Temblor postural inducido por medicamentos, un temblor fino, por lo general durante el descanso, causado por un fármaco,
- Otro trastorno motor inducido por medicamentos, que describe un síndrome extrapiramidal atípico debido al empleo de fármacos,
- Síndrome de suspensión de antidepresivos, un síndrome de abstinencia que aparece tras la detención brusca del consumo de antidepresivos (p. ej., fluoxetina) .
- Otro efecto adverso de medicamentos, que incluye cambios en la presión sanguínea, diarrea, entre otros, debidos a fármacos.

Clasificación CIE-10

La CIE-10 es una herramienta de clasificación utilizada globalmente para el diagnóstico de enfermedades y trastornos médicos, incluidos los trastornos mentales. Publicada por la Organización Mundial de la Salud, esta clasificación es fundamental para proporcionar un sistema uniforme para la identificación de enfermedades, lo que facilita la investigación, el tratamiento y el análisis epidemiológico. Los trastornos mentales, en particular, se agrupan en una categoría de la CIE-10, y su clasificación abarca una gran diversidad de condiciones.

La CIE-10 clasifica los trastornos mentales en un capítulo específico bajo el código **F** (Trastornos mentales, del comportamiento y del sistema nervioso). Los trastornos se agrupan según su naturaleza clínica y sus características predominantes. La clasificación en

la CIE-10 incluye tanto trastornos psicóticos como trastornos del ánimo, de ansiedad, de la personalidad, entre otros.

Los trastornos mentales en la CIE-10 se agrupan de la siguiente manera:

- **F00-F09:** Trastornos mentales orgánicos, incluidas demencias.
- **F10-F19:** Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas.
- **F20-F29:** Trastornos psicóticos.
- **F30-F39:** Trastornos del estado de ánimo (afectivos).
- **F40-F48:** Trastornos de ansiedad, fobias y obsesivo-compulsivos.
- **F50-F59:** Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos.
- **F60-F69:** Trastornos de la personalidad y del comportamiento.
- **F70-F79:** Trastornos mentales retrasados.
- **F80-F89:** Trastornos del desarrollo psicológico.
- **F90-F98:** Trastornos de la conducta y emocionales que suelen diagnosticarse en la infancia o adolescencia.
- **F99:** Trastornos mentales no especificados.

Los trastornos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas comprenden una gama de condiciones causadas por el abuso de alcohol, drogas y otras sustancias. Esta categoría incluye: Trastornos relacionados con el consumo de alcohol (F10); dependencia alcohólica, trastorno por abuso de alcohol, y psicosis alcohólica. Los trastornos relacionados con el consumo de drogas incluyen la dependencia de opioides, trastorno por abuso de cocaína, y trastorno psicótico inducido por drogas.

Los trastornos psicóticos son condiciones graves que implican la pérdida de contacto con la realidad, con síntomas como alucinaciones y delirios. Algunos de los trastornos más importantes incluyen: Esquizofrenia (F20), el trastorno psicótico más prevalente y está caracterizada por la presencia de alucinaciones, delirios y trastornos del pensamiento. La CIE-10 clasifica la esquizofrenia en diferentes subtipos, como:

- Esquizofrenia paranoide (F20.0)
- Esquizofrenia hebefrénica (F20.1)
- Esquizofrenia catatónica (F20.2)

Los trastornos del estado de ánimo (también llamados trastornos afectivos) se caracterizan por alteraciones predominantes en el estado emocional. Los trastornos en esta categoría incluyen:

Trastorno Bipolar (F30-F31)

El trastorno bipolar se caracteriza por la alternancia entre episodios de manía y depresión. Subtipos incluyen:

- Trastorno bipolar tipo I (F31.1)
- Trastorno bipolar tipo II (F31.2)
- Trastorno bipolar no especificado (F31.9)

La **depresión mayor (F32)**, se caracteriza por un ánimo deprimido persistente y la pérdida de interés en las actividades cotidianas. Se clasifica en:

- Episodio depresivo único (F32.0-F32.9)
- Episodio depresivo recurrente (F33)

El **trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)**, se caracteriza por una preocupación excesiva y crónica sobre varios aspectos de la vida. Los pacientes experimentan síntomas físicos como tensión muscular, insomnio y fatiga. El **trastorno obsesivo-compulsivo (F42)**, se caracteriza por la presencia de obsesiones (pensamientos intrusivos) y compulsiones (comportamientos repetitivos) para reducir la ansiedad provocada por las obsesiones.

Los **trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (F50-F59)**, incluyen trastornos que afectan los patrones de conducta alimentaria, como lo son la anorexia nerviosa (F50.0), el cual es un trastorno grave caracterizado por la restricción extrema de la ingesta alimentaria, un temor intenso a ganar peso y una imagen corporal distorsionada. Y la bulimia nerviosa (F50.2), que implica episodios de ingesta excesiva de

alimentos seguidos por conductas de purga, como el vómito autoinducido o el uso excesivo de laxantes.

Los **trastornos de la personalidad y el comportamiento (F60-F69)**, se caracterizan por patrones persistentes de pensamiento y comportamiento que afectan la interacción social. Los subtipos más comunes incluyen:

- Trastorno de personalidad antisocial (F60.2)
- Trastorno de personalidad límite (F60.3)
- Trastorno de personalidad narcisista (F60.81)

Comparación entre el DSM-5 y CIE-10

DSM-5:

- El DSM-5 se centra exclusivamente en los trastornos mentales, con el objetivo principal de proporcionar un sistema de clasificación para el diagnóstico y tratamiento de los mismos.
- Se utiliza principalmente en Estados Unidos y algunos otros países, principalmente en psiquiatría y psicología clínica.
- Además de la clasificación de trastornos, el DSM-5 incluye criterios detallados para cada diagnóstico, basados en la observación clínica de los síntomas, lo que facilita la identificación precisa de los trastornos mentales.
- El DSM-5 utiliza un enfoque basado en los criterios diagnósticos detallados, que incluyen tanto síntomas específicos como su duración y la forma en que afectan el funcionamiento del individuo.
- El DSM-5 también introduce la idea de espectros y dimensiones de los trastornos (por ejemplo, el espectro autista o el trastorno bipolar), lo que permite una comprensión más flexible de las condiciones.

- También incluye un enfoque en el diagnóstico diferencial, es decir, en la distinción entre trastornos que pueden presentar síntomas similares.
- El DSM-5 es utilizado principalmente en psiquiatría y psicología clínica, y su principal propósito es el diagnóstico y la planificación del tratamiento.
- Es la herramienta preferida en la investigación sobre trastornos mentales en países como Estados Unidos y Canadá.
- El DSM-5 también se usa en el seguimiento clínico de los pacientes, proporcionando un marco más detallado para evaluar el progreso y la respuesta al tratamiento.

CIE-10:

- La CIE-10 tiene un alcance mucho más amplio, ya que cubre todas las enfermedades y condiciones médicas, no solo los trastornos mentales. Está diseñada para ser utilizada en todo el mundo para la clasificación de enfermedades en general.
- La CIE-10 es utilizada en prácticamente todos los países, principalmente para fines de estadísticas de salud pública, investigación epidemiológica y facturación médica.
- Si bien incluye trastornos mentales bajo la categoría F (trastornos mentales y del comportamiento), su estructura es más general en cuanto a la clasificación de enfermedades.
- Clasifica los trastornos mentales según categorías amplias, pero no incluye detalles tan específicos sobre los criterios diagnósticos. Sin embargo, contiene descripciones generales de los trastornos.
- Utiliza un enfoque más dimensional en cuanto a la codificación de las enfermedades, pero con menos énfasis en los síntomas que el DSM-5.
- La CIE-10 es más utilizada en salud pública, en el seguimiento epidemiológico y en la estadística de salud global. Es el sistema de codificación utilizado por la OMS y muchos sistemas de salud nacionales.

- En la práctica clínica, la CIE-10 es más utilizada en diagnósticos generales y en la gestión administrativa de la salud.
- Aunque menos detallada que el DSM-5, la CIE-10 es más útil para comparaciones internacionales y la estadística global de enfermedades y trastornos mentales.

Comparación:

- DSM-5: Enfoque especializado en trastornos mentales, más detallado y dirigido a la práctica clínica.
- CIE-10: Enfoque global que incluye todas las enfermedades, con menos detalle en la clasificación de los trastornos mentales.

Ambos sistemas de clasificación, el DSM-5 y la CIE-10, son fundamentales para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales. Sin embargo, tienen diferencias clave en cuanto a su propósito, detalles diagnósticos, aplicación y alcance. El DSM-5 es más detallado y específico para la práctica clínica de salud mental, mientras que la CIE-10 es más general y ampliamente utilizada en salud pública y en diagnósticos globales.

Para los estudiantes de medicina, comprender estas diferencias es esencial, ya que la elección entre uno u otro dependerá del contexto en el que se trabaje. En entornos clínicos especializados en salud mental, el DSM-5 puede ser preferido, mientras que, en contextos de salud pública y epidemiología, la CIE-10 es la herramienta estándar.

Video complementario



Clasificación de los Trastornos Mentales DSM-5 y CIE-10

<https://www.youtube.com/watch?v=gPlondnIZh8>

Actividad 3

Realiza un mapa conceptual sobre la clasificación de los trastornos mentales basados en el DSM 5 y la CIE-10

Fuentes bibliográficas segunda unidad

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization.
- Kendler, K. S., & Prescott, C. A. (2006). *Genes, environment, and psychopathology: Understanding the causes of psychiatric and substance use disorders*. Guilford Press.
- McGuffin, P., & Farmer, A. (2015). *Genes, environment and psychiatric disorders*. Cambridge University Press.

Unidad III

3. Conceptos de interés psiquiátrico

3.1 Fase

En psiquiatría, el término fase se refiere a las diferentes etapas o períodos que atraviesa un trastorno mental a lo largo del tiempo. Estas fases pueden describir la evolución del trastorno, el curso de los síntomas o los cambios en la intensidad y el tipo de manifestaciones clínicas. El concepto de fase es fundamental para comprender la dinámica de muchos trastornos psiquiátricos, así como para planificar el tratamiento y el seguimiento de los pacientes.

Una fase en psiquiatría puede entenderse como un periodo de tiempo en el que el paciente experimenta síntomas de manera particular, según la intensidad y la gravedad de estos. Las fases reflejan las variaciones en la presentación clínica de los trastornos psiquiátricos y son esenciales para el diagnóstico y el manejo terapéutico. Las fases suelen diferir según el tipo de trastorno. Por ejemplo;

En los trastornos afectivos, como el trastorno bipolar y el trastorno depresivo mayor, se identifican comúnmente varias fases que representan el curso de la enfermedad:

Fase Depresiva

- En esta fase, los pacientes experimentan síntomas depresivos como tristeza, anhedonia (pérdida de interés en actividades que antes eran placenteras), fatiga, alteraciones del sueño y del apetito, así como pensamientos suicidas o de inutilidad.

Fase Maníaca

- En el trastorno bipolar, los pacientes pueden experimentar una fase maníaca, donde se presentan síntomas de euforia extrema, impulsividad, disminución de la necesidad de dormir, aceleración del pensamiento, y conductas de riesgo.

Fase Mixta

- Es una fase en la que el paciente presenta síntomas tanto maníacos como depresivos simultáneamente, lo que puede dificultar el diagnóstico y tratamiento.

Fase de Remisión o Recuperación

- Después de un episodio, los pacientes pueden experimentar una fase de remisión, donde los síntomas disminuyen o desaparecen, y el paciente se encuentra funcionalmente estable.

Fase Subclínica o Basal

- En algunos pacientes, se pueden presentar períodos de estabilidad clínica en los que los síntomas no son suficientemente graves como para cumplir con los criterios diagnósticos de una fase activa de la enfermedad.

En trastornos como la esquizofrenia, el concepto de fase se aplica para describir la evolución de los síntomas a lo largo del tiempo. Las fases típicas incluyen:

Fase Prodrómica

- Se refiere a un período previo a la aparición de los síntomas psicóticos completos. Durante esta fase, los pacientes pueden experimentar síntomas sutiles, como cambios en el estado de ánimo, pensamiento desorganizado, o disminución en el funcionamiento social y laboral.

Fase Aguda o Psicótica

- Es la fase en la que los síntomas psicóticos son más evidentes y severos, incluyendo alucinaciones, delirios, y desorganización del pensamiento y el comportamiento.

Fase Residual

- Después de un episodio agudo, los pacientes pueden entrar en una fase residual, donde los síntomas psicóticos pueden disminuir en intensidad, pero los pacientes continúan mostrando alteraciones cognitivas o emocionales.

Fase de Remisión

- En esta fase, los síntomas psicóticos pueden desaparecer temporalmente, y el paciente puede presentar un nivel funcional cercano a la normalidad.

los trastornos de ansiedad, como el trastorno de ansiedad generalizada o el trastorno de pánico, también pueden presentar fases, aunque estas suelen ser más episódicas y menos estructuradas en comparación con trastornos psicóticos o afectivos.

Fase de Crisis o Ataque de Ansiedad

- En esta fase, el paciente experimenta síntomas agudos de ansiedad, como palpitaciones, sudoración, temblores y miedo intenso, que pueden culminar en un ataque de pánico.

Fase de Preocupación Crónica

- En esta fase, los pacientes pueden presentar un patrón más persistente de ansiedad y preocupación constante, con síntomas que pueden ser menos intensos pero duraderos.

Fase de Remisión

- Durante esta fase, los síntomas disminuyen significativamente, y el paciente puede experimentar un período de alivio de los síntomas, aunque la ansiedad puede persistir a niveles subclínicos.

En los trastornos de la personalidad, como el trastorno límite de la personalidad (TLP), las fases no son tan claramente definidas como en otros trastornos, pero se pueden identificar patrones de variación en el comportamiento y la emocionalidad del paciente.

Fase de Crisis Emocional

- En los pacientes con TLP, las crisis emocionales pueden ser más intensas en momentos específicos, lo que puede llevar a comportamientos impulsivos, suicidas o autolesivos.

Fase de Estabilidad Relativa

- En algunos casos, los pacientes pueden experimentar períodos de mayor estabilidad emocional y de relaciones interpersonales, aunque las emociones extremas pueden seguir presentes.

La fase en psiquiatría describe las diferentes etapas en las que se desarrollan los trastornos mentales, con variaciones en los síntomas y su gravedad. El concepto de fase es crucial para los estudiantes de medicina, ya que permite un diagnóstico más preciso, un tratamiento adecuado y una planificación del seguimiento terapéutico de acuerdo con la evolución del

trastorno. El entendimiento de las fases también mejora la capacidad de los médicos para anticipar el curso de la enfermedad, lo que facilita una mejor atención al paciente a lo largo del tiempo.

3.1.2 Brote

En psiquiatría, el término brote se refiere a la aparición o exacerbación repentina de síntomas de un trastorno mental previamente diagnosticado, que puede ocurrir tras un período de estabilidad o remisión. Este fenómeno implica un aumento en la intensidad y la gravedad de los síntomas y puede ocurrir de manera abrupta, afectando negativamente la funcionalidad del paciente.

El concepto de brote es relevante en la práctica clínica, ya que su identificación temprana puede ser crucial para prevenir complicaciones, ajustar el tratamiento y mejorar el pronóstico del paciente. A continuación, se exploran los aspectos clave de los brotes en psiquiatría, su relación con diferentes trastornos, y la importancia de su manejo en el ámbito clínico.

Un brote describe un episodio agudo en el que los síntomas de un trastorno mental previamente controlado o en remisión se intensifican significativamente, con consecuencias funcionales y emocionales. Estos episodios pueden variar en su duración y gravedad, dependiendo del trastorno subyacente y de los factores individuales del paciente.

Los brotes suelen ocurrir en el contexto de trastornos crónicos o episódicos y pueden estar relacionados con factores desencadenantes, como el estrés, cambios en la medicación, interrupción del tratamiento, o situaciones vitales complejas.

En trastornos afectivos, como el trastorno bipolar o el trastorno depresivo mayor, un brote se refiere a la aparición repentina de síntomas maníacos, hipomaníacos o depresivos. En el trastorno bipolar, los brotes pueden incluir episodios maníacos o episodios depresivos mayores, en los que el paciente puede presentar un comportamiento impulsivo, pensamientos acelerados, euforia excesiva (en la manía) o una profunda tristeza, anhedonia y fatiga (en la depresión).

Los brotes en estos trastornos pueden ser muy debilitantes y afectar significativamente la funcionalidad social y laboral del paciente. En el caso de los episodios maníacos, el riesgo

de conductas impulsivas y peligrosas (como el abuso de sustancias o decisiones financieras irracionales) puede aumentar.

En trastornos como la esquizofrenia, un brote se refiere a una exacerbación de los síntomas positivos, tales como alucinaciones (auditivas, visuales, etc.), delirios (creencias falsas), o pensamiento desorganizado. En trastornos de ansiedad, como el trastorno de ansiedad generalizada o el trastorno de pánico, los brotes pueden involucrar episodios agudos de ansiedad o ataques de pánico, en los que el paciente experimenta síntomas físicos (palpitaciones, sudoración, temblores) y síntomas cognitivos (miedo irracional, sensación de pérdida de control). (Muench & Hoh, 2018).

En el trastorno límite de la personalidad (TLP), los brotes suelen manifestarse como crisis emocionales intensas. Los pacientes pueden experimentar cambios rápidos en el estado de ánimo, comportamientos impulsivos y reacciones desproporcionadas a situaciones de estrés o relaciones interpersonales. (Linehan, 1993)

Los brotes pueden ser desencadenados por varios factores, tanto internos como externos:

- **Estrés psicológico:** Situaciones de vida estresantes, como la pérdida de un ser querido, un cambio importante en la vida, o problemas laborales, pueden actuar como factores precipitantes.
- **Interrupción en el tratamiento:** La interrupción de la medicación o la no adherencia al tratamiento pueden aumentar el riesgo de brotes, especialmente en trastornos como el trastorno bipolar y la esquizofrenia.
- **Factores biológicos:** Cambios en los neurotransmisores, hormonas, o alteraciones genéticas pueden contribuir a la aparición de brotes. En algunos trastornos, los cambios en la química cerebral juegan un papel importante en la exacerbación de los síntomas.
- **Factores ambientales:** El entorno social y familiar, como la presencia de apoyo o la exposición a situaciones adversas, puede influir en la aparición de brotes.

3.1.3 Reacción

Una reacción es una respuesta emocional o conductual ante un estresor que puede incluir eventos traumáticos, pérdidas significativas, conflictos interpersonales o cambios importantes en la vida. La respuesta del individuo puede variar dependiendo de la naturaleza del evento, las características personales, la resiliencia y el apoyo social disponible.

Las reacciones pueden implicar un espectro de respuestas emocionales que van desde la ansiedad y la tristeza hasta ira o miedo intenso. Generalmente, las reacciones son consideradas normales si son proporcionales al evento y se resuelven en un tiempo razonable, sin dejar secuelas significativas en el funcionamiento del individuo.

Es fundamental diferenciar entre una reacción normal a un evento estresante y un trastorno psiquiátrico. Las reacciones normales suelen ser respuestas adaptativas a situaciones difíciles y tienen las siguientes características:

- **Duración temporal:** Las respuestas emocionales y conductuales suelen ser transitorias y desaparecen una vez que el evento estresante se resuelve o se adapta a él.
- **Proporcionalidad al evento:** La intensidad de la respuesta está generalmente en proporción con el evento estresante o traumático.
- **Recuperación funcional:** La persona es capaz de retomar su vida diaria y su funcionamiento habitual después de un período de adaptación.

Sin embargo, cuando la reacción se vuelve desproporcionada, prolongada o interfiere significativamente con la vida diaria, se puede diagnosticar un trastorno psiquiátrico como el trastorno de estrés postraumático (TEPT) o trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

Las reacciones pueden clasificarse en varias categorías dependiendo de la naturaleza del evento desencadenante y la intensidad de la respuesta. Algunas categorías incluyen:

Reacciones de Estrés Agudo

- Estas reacciones ocurren en respuesta a eventos traumáticos o estresantes, como accidentes, desastres naturales o violencia. Los síntomas pueden incluir ansiedad, miedo, hipervigilancia, y dificultades para dormir.
- Si los síntomas persisten por más de un mes, se puede hacer el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (TEPT).

Reacciones de Adaptación

- Son respuestas emocionales frente a estrés crónico o eventos significativos, como mudanzas, cambios laborales o separación. Los síntomas incluyen tristeza, preocupación y fatiga emocional.
- Estas reacciones pueden ser diagnosticadas como trastornos de adaptación si persisten y afectan significativamente el funcionamiento social, laboral o académico (American Psychiatric Association 2013).

Reacciones Emocionales y Psicológicas

- Las respuestas emocionales intensas, como la ira o la tristeza profunda, pueden estar asociadas con eventos traumáticos como el fallecimiento de un ser querido, un divorcio o una pérdida laboral.
- Aunque estos sentimientos son parte de la respuesta natural, si se prolongan en el tiempo y afectan la vida del individuo, se pueden diagnosticar trastornos como la depresión mayor o el trastorno de ansiedad generalizada.

Reacciones Somáticas

- En algunas personas, las reacciones a eventos estresantes se expresan predominantemente en síntomas físicos, como dolores de cabeza, dolores musculares, o problemas digestivos, sin un origen orgánico claro. Estos síntomas pueden ser indicativos de trastornos somatoformes o trastornos de ansiedad.

3.1.4 Deficiencia

En psiquiatría, la deficiencia se describe como una limitación significativa en el funcionamiento mental o cognitivo de una persona, que afecta su capacidad para realizar actividades cotidianas. Esta limitación puede ser el resultado de una alteración en la estructura o el funcionamiento del cerebro que impide el adecuado desarrollo de las habilidades cognitivas, emocionales o conductuales.

Las deficiencias pueden manifestarse en diversos grados de severidad, desde limitaciones leves que solo afectan algunas áreas de la vida, hasta deficiencias más graves que requieren atención y apoyo constante. Estas condiciones suelen diagnosticarse durante la infancia o adolescencia, ya que su impacto se observa principalmente en el desarrollo cognitivo y social. Los tipos de deficiencia en psiquiatría son los siguientes:

- **Deficiencia intelectual:** se refiere a un déficit generalizado en las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, el juicio y el aprendizaje. Esta condición es diagnosticada cuando el coeficiente intelectual (CI) de una persona es significativamente inferior a la media (generalmente por debajo de 70), y se acompaña de limitaciones en habilidades adaptativas, que son necesarias para el funcionamiento independiente en la vida diaria (American Psychiatric Association, 2013).
- **Trastorno del espectro autista:** incluye una gama de dificultades en la interacción social, la comunicación y el comportamiento, a menudo se acompaña de deficiencias en el desarrollo cognitivo. Aunque no todos los individuos con TEA tienen una deficiencia intelectual, muchos presentan dificultades significativas en áreas como la comprensión social o las habilidades lingüísticas, lo que puede dificultar su integración en la sociedad (Lord et al., 2018).
- **Deficiencias cognitivas adquiridas:** debido a factores como lesiones cerebrales traumáticas, accidentes cerebrovasculares o trastornos neurodegenerativos como la demencia. Estas deficiencias afectan diversas capacidades cognitivas, como la memoria, la atención y la capacidad para tomar decisiones, e implican un deterioro progresivo en el funcionamiento mental (Cummings, 2004).

El diagnóstico de una deficiencia en psiquiatría generalmente se realiza a través de una combinación de evaluaciones clínicas, entrevistas con el paciente y su familia, y el uso de pruebas estandarizadas de cociente intelectual (como el WAIS o el WISC). Además, se realiza una evaluación de las habilidades adaptativas mediante cuestionarios y observación directa, con el objetivo de determinar el grado de autonomía y la capacidad para realizar actividades cotidianas.

3.1.5 Minusvalía

El término minusvalía se utiliza en psiquiatría para describir las dificultades o limitaciones significativas que una persona experimenta debido a un trastorno mental o físico, las cuales afectan su funcionamiento social, académico y laboral. Este concepto abarca no solo la deficiencia (la alteración o pérdida de una función o habilidad), sino también la dificultad para participar de manera efectiva en diversas actividades que son consideradas normales en la sociedad, tales como el trabajo, el estudio, las relaciones interpersonales y las actividades de la vida diaria.

Las personas con minusvalía a menudo enfrentan barreras sociales y ambientales que dificultan su plena integración en la sociedad, lo que puede llevar a una exclusión social o aislamiento. La minusvalía no es una condición intrínseca de la persona, sino el resultado de la interacción entre sus limitaciones funcionales y las condiciones sociales y ambientales que no están diseñadas para adaptarse a sus necesidades (World Health Organization [WHO], 2001).

Aunque los términos minusvalía, discapacidad y deficiencia a menudo se usan de manera intercambiable, cada uno tiene un significado específico:

- **Deficiencia:** Hace referencia a una alteración en la estructura o función de una parte del cuerpo o mente, por ejemplo, una dificultad cognitiva o una alteración emocional.
- **Discapacidad:** Se refiere a la reducción o pérdida de la capacidad para realizar actividades en comparación con la mayoría de las personas, debido a la deficiencia.
- **Minusvalía:** Hace referencia a la desventaja social o limitación de participación que resulta de la discapacidad. Implica una dificultad para llevar una vida plena debido a

las barreras impuestas por la sociedad, como la falta de accesibilidad o de oportunidades (WHO, 2001).

La minusvalía puede asociarse con una variedad de trastornos psiquiátricos graves, especialmente aquellos que tienen un curso crónico o severamente debilitante. Algunos de los trastornos más comunes que conducen a minusvalía incluyen:

- **Esquizofrenia:** trastorno psiquiátrico grave que afecta las capacidades cognitivas, emocionales y conductuales de una persona. Los síntomas psicóticos, como alucinaciones y delirios, pueden provocar una minusvalía significativa, ya que las personas afectadas tienen dificultades para mantener relaciones interpersonales, trabajar o realizar actividades cotidianas (American Psychiatric Association , 2013).
- **Trastorno bipolar** también puede ser una causa importante de minusvalía, especialmente cuando las personas experimentan episodios maníacos o depresivos severos que afectan su capacidad para funcionar adecuadamente en la sociedad. Durante los episodios de depresión mayor, los individuos pueden tener dificultades para realizar actividades básicas, como el cuidado personal y las responsabilidades laborales.
- **Trastornos de ansiedad generalizada**
- **Depresión mayor:** es otro trastorno psiquiátrico que puede causar minusvalía, ya que los síntomas pueden hacer que los pacientes se sientan incapaces de trabajar, estudiar o participar en actividades sociales. Además, la depresión puede afectar significativamente las habilidades cognitivas y la motivación del individuo.

3.2 Diagnostico psiquiátrico

Los avances recientes en la comprensión de las complejidades y las relaciones entre las enfermedades médicas y psiquiátricas han conducido a la creación de nuevos estándares de exploración física y pruebas analíticas para los pacientes psiquiátricos. El reconocimiento de la importancia del síndrome metabólico en la psiquiatría clínica, así como la menor expectativa de vida de los pacientes psiquiátricos en comparación con la población en general, han llevado a que la exploración física y las pruebas analíticas o de laboratorio estén a la vanguardia en la atención de los pacientes psiquiátricos.

Los factores que pueden contribuir a la comorbilidad médica incluyen el abuso de alcohol y sustancias, los malos hábitos dietéticos y la obesidad. Además, numerosos fármacos psicotrópicos se asocian con riesgos para la salud como obesidad, síndrome metabólico e hiperprolactinemia. Por lo tanto, la vigilancia de la salud física de los pacientes psiquiátricos se ha vuelto indispensable.

Pruebas neuroendocrinológicas:

A. Pruebas de función tiroidea;

1. Incluyen las pruebas de tiroxina (T4) por unión competitiva de proteínas; radioinmunoanálisis con reacción antígeno-anticuerpo específica; índice de T4 libre, captación de triyodotironina (T3) y T3 sérica total medida por radioinmunoanálisis.

2. Las pruebas se utilizan para descartar hipotiroidismo, que puede presentarse con síntomas de depresión.

3. Hasta el 10% de los pacientes que se presentan a consulta con depresión y fatiga asociada tienen una enfermedad hipotiroidea incipiente. El hipotiroidismo neonatal produce retraso mental y puede prevenirse si se diagnostica al nacimiento.

4. La prueba de estimulación de la hormona liberadora de tirotropina o tiroliberina (TRH, thyrotropin-releasing hormone), indicada para aquellos pacientes con resultados ligeramente anómalos en las pruebas tiroideas, puede sugerir hipotiroidismo subclínico, que a su vez puede explicar una depresión clínica.

B. Prueba de supresión de dexametasona (PSD):

1. Procedimiento a. Se administra 1 mg de dexametasona por vía oral a las 11 p.m. b. El cortisol en plasma se mide a las 4 p.m. y 11 p.m. del día siguiente (también se puede tomar una muestra a las 8 p.m.). c. Cualquier concentración plasmática de cortisol por arriba de 5 µg/dL se considera anómala (el rango normal se debe ajustar según las pruebas locales, de forma que el 95% de la población se encuentre en el rango de normalidad). d. Saber la concentración plasmática de cortisol inicial puede ser útil.

2. Indicaciones a. Para confirmar la sospecha diagnóstica de trastorno depresivo mayor. No se utiliza de forma rutinaria por su falta de confiabilidad. Los resultados anómalos pueden confirmar la necesidad de tratamiento somático. b. Para dar seguimiento a un paciente no supresor deprimido a lo largo de su tratamiento. c. Para diferenciar una depresión mayor de una disforia menor.

d. Algunas evidencias indican que los no supresores deprimidos tienen mayores probabilidades de responder de forma favorable al tratamiento con terapia electroconvulsiva o con antidepresivos tricíclicos. e. Se ha propuesto su uso como predictor del desenlace del tratamiento, aunque los resultados de la prueba pueden normalizarse antes de que se resuelva la depresión. f. Se ha propuesto su utilidad como predictor de recaídas en los pacientes no supresores persistentes o cuyos resultados vuelven a ser anómalos. g. Puede servir para diferenciar una depresión delirante de una no delirante. h. Las concentraciones plasmáticas de cortisol altamente anómalas ($> 10 \mu\text{g}/\text{dL}$) son más significativas que los valores moderadamente elevados.

C. Catecolaminas

1. Las concentraciones de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA, 5- hydroxyindoleacetic acid), un metabolito de la serotonina, se encuentran elevadas en la orina de los pacientes con tumores malignos.
2. En ocasiones se observan valores altos en los pacientes que toman fenotiazinas o que consumen alimentos altos en serotonina (nuez de Castilla, plátanos [bananas], aguacates [paltas]).
3. Se han encontrado concentraciones bajas de 5-HIAA en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de algunas personas que padecen depresión suicida y en los estudios post mortem de pacientes que cometieron suicidio de formas particularmente violentas.
4. Las concentraciones bajas de 5-HIAA en el LCR se asocian con violencia en general.
5. La noradrenalina y sus productos metabólicos (metadrenalina, normetadrenalina y ácido vanilmandélico) pueden medirse en orina, sangre y plasma.
6. Las concentraciones plasmáticas de catecolaminas se encuentran muy elevadas en los casos de feocromocitoma, lo cual se asocia con ansiedad, agitación e hipertensión.
7. Se han encontrado concentraciones urinarias altas de noradrenalina y adrenalina en algunos pacientes con trastorno de estrés postraumático (TEPT).
8. Las concentraciones de un metabolito de la noradrenalina, el 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol, se ven reducidas en pacientes con trastornos depresivos graves, sobre todo en aquellos con intentos suicidas.

D. Otras pruebas endocrinológicas.

Además de las hormonas tiroideas, se pueden estudiar la prolactina (hormona de la hipófisis anterior), la somatotropina, la somatostatina, la hormona liberadora de gonadotropina (gonadoliberina) y los esteroides sexuales (hormona luteinizante [lutropina], hormona foliculoestimulante [folitropina], testosterona y estrógenos). La melatonina, proveniente de la glándula pineal, ha sido implicada en el trastorno afectivo estacional.

Pruebas renales y hepáticas

A. Pruebas de función renal. Se debe vigilar el nitrógeno ureico en sangre (BUN, blood urea nitrogen) y la creatinina en los pacientes que tomen litio. Si el BUN o la creatinina son anómalos, se debe analizar la depuración de creatinina de 2 h y, en última instancia, la de 24 h. La tabla 3-1 resume otras pruebas analíticas que deben realizarse en los pacientes bajo tratamiento con litio.

B. Pruebas de función hepática (PFH) 1. Los valores de bilirrubina, total y directa, se encuentran elevados en los casos de lesión hepatocelular y estasis biliar intrahepática, que pueden presentarse si el paciente toma fenotiazina o medicamentos tricíclicos, así como con el abuso de alcohol y otras sustancias. 2. El daño o enfermedad del hígado, reflejado en los hallazgos anómalos de las PFH, puede manifestarse con signos y síntomas de trastorno cognitivo (p. ej., desorientación y delirium). 3. Las PFH deben recibir un seguimiento de rutina cuando se utilizan ciertos fármacos, como la carbamazepina y el valproato

Pruebas de sangre para enfermedades de transmisión sexual (ETS)

A. La prueba Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) se utiliza para la detección sistemática de la sífilis. En caso de ser positiva, el resultado se confirma con la prueba de absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes (FTAABS, fluorescent treponemal antibody-absorption test), en la que se utiliza la espiroqueta *Treponema pallidum* como antígeno.

B. Una prueba de VIH positiva indica que la persona ha quedado expuesta a la infección por el virus causante del sida.

Pruebas relacionadas con fármacos psicotrópicos

A. Benzodiazepinas 1. No se requieren pruebas especiales. El deterioro de la función hepática puede aumentar la vida media de las benzodiazepinas metabolizadas en el hígado por oxidación. 2. Se deben realizar PFH de referencia en los pacientes bajo sospecha de daño hepático. Los análisis de orina para benzodiazepinas se utilizan de forma rutinaria en los casos de abuso de sustancias.

B. Antipsicóticos 1. De acuerdo con las guías de la Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos, se recomienda determinar los valores iniciales de hemoglobina glucosilada (HgA1c) y de las pruebas de lipidemia. Además, se considera una práctica clínica adecuada obtener las PFH y un hemograma completo, ya que estos fármacos pueden causar neutropenia.

Los antipsicóticos se metabolizan principalmente en el hígado, mientras que sus metabolitos son excretados sobre todo en la orina. La concentración máxima en el plasma suele alcanzarse 2-3 h después de administrar la dosis oral. La vida media de eliminación es de 12- 30 h, pero puede ser mucho más prolongada. Para mantener una condición estable es necesario recibir una dosis constante por al menos 1 semana (y meses en el caso de los antipsicóticos de liberación lenta).

C. Fármacos tricíclicos y tetracíclicos: Debe realizarse un electrocardiograma (ECG) antes de iniciar el régimen de fármacos cíclicos en busca de retrasos en la conducción, que pueden llevar a bloqueos cardíacos con las concentraciones terapéuticas. Algunos médicos consideran que todos los pacientes que reciben tratamiento con fármacos cíclicos deben someterse a un ECG anual. Con las concentraciones terapéuticas, estos fármacos terminan con las arritmias mediante un efecto similar al de la quinidina.

Las concentraciones en sangre se deben analizar de forma rutinaria con el empleo de imipramina, desipramina o nortriptilina para el tratamiento de los trastornos depresivos. Su análisis también puede ser útil para los pacientes en los que es urgente determinar el momento en el que se alcanzaron las concentraciones plasmáticas terapéuticas o tóxicas.

Los análisis de sangre también deben incluir el estudio de los metabolitos activos (p. ej., la imipramina se convierte en desipramina y la amitriptilina en nortriptilina). A continuación, se describen algunas características de las concentraciones plasmáticas de los fármacos tricíclicos.

Provocación de ataques de pánico con lactato de sodio

Hasta el 72% de los pacientes con trastorno de pánico presentan crisis de angustia con la administración intravenosa de lactato de sodio. Por lo tanto, la provocación con lactato es útil para confirmar este diagnóstico. Este método también ha sido empleado para causar flashbacks en pacientes con TEPT. La hiperventilación, otro desencadenante conocido de ataques de pánico en las personas predispuestas, no es tan sensible como la provocación con lactato para inducir dicha respuesta. La inhalación de dióxido de carbono también precipita las crisis de angustia en los pacientes con predisposición. Los ataques de pánico desencadenados por lactato de sodio no son inhibidos por los β -bloqueadores de acción periférica, a diferencia de lo que ocurre con el alprazolam y los fármacos tricíclicos.

Punción lumbar

La punción lumbar es útil en pacientes con manifestaciones repentinas de síntomas psiquiátricos nuevos, sobre todo ante cambios cognitivos. El clínico debe poner especial atención en caso de fiebre o de síntomas neurológicos como una convulsión. La punción lumbar resulta útil para diagnosticar infecciones del SNC (meningitis).

Análisis de orina para detectar abuso de sustancias

Es posible detectar numerosas sustancias en la orina de un paciente si ésta es analizada dentro de un período específico (y variable) después de su ingesta. El conocimiento de las pruebas para detectar sustancias en la orina se ha vuelto vital para los médicos dada la necesidad de realizar pruebas obligatorias o aleatorizadas en busca de sustancias.

Electroencefalograma

La mayoría de los pacientes deprimidos (80-85%) muestran hiposomnias. En los pacientes deprimidos, el sueño de ondas lentas (δ) disminuye y las etapas III y IV del sueño son más cortas. En los pacientes deprimidos, el tiempo entre el inicio del sueño y el del período REM (latencia REM) es menor. En los pacientes deprimidos, una mayor proporción del sueño REM ocurre más temprano en la noche (al contrario de los controles no deprimidos). Se ha observado más REM durante toda la noche (densidad REM) en los pacientes deprimidos que en los controles no deprimidos.

Entrevistas asistidas con fármacos

Aunque rara vez se utilizan, las entrevistas asistidas con fármacos pueden ser útiles en ciertos casos. El empleo frecuente del amobarbital (Amytal®), un barbitúrico de vida media intermedia de 8-42 h, llevó al empleo del nombre “entrevista con Amytal”. Otros fármacos que se utilizan con este fin incluyen benzodiazepinas como el diazepam y el lorazepam.

Estudios de imagen cerebral

Los estudios por imagen del sistema nervioso central (SNC) se pueden dividir en dos dominios: estructurales y funcionales. Los primeros ofrecen una imagen detallada y no invasiva de la morfología del cerebro. Los segundos proporcionan una imagen de la distribución espacial de procesos bioquímicos específicos. Los estudios estructurales incluyen la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM).

Los estudios funcionales comprenden la tomografía por emisión de positrones (PET, positron emission tomography), la tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT, single-photon emission computed tomography), la RM funcional (RMf) y la espectroscopia por resonancia magnética (ERM). Con excepción de la PET, las técnicas funcionales de imagen siguen siendo herramientas de investigación que aún no están preparadas para su uso rutinario en la clínica. Este capítulo describe las indicaciones, el uso y las características de los actuales métodos de imagen.

Actividad 4

Realiza un cuadro comparativo sobre las diferentes opciones de los métodos diagnósticos en psiquiatría.

Fuentes bibliográficas de tercera unidad

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.
- Muench, F., & Hoh, K. (2018). *Pharmacotherapy for psychiatric disorders*. Springer.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2009). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences*. Oxford University Press.
- Cummings, J. L. (2004). *Alzheimer's disease and other neurodegenerative disorders*. In P. R. Martin & D. G. M. Stewart (Eds.), *Handbook of clinical neurology* (Vol. 78, pp. 1-20). Elsevier.
- Lord, C., Rutter, M., & Le Couteur, A. (2018). *Autism diagnostic interview-revised*. In J. L. Matson (Ed.), *Handbook of assessment and diagnosis of autism spectrum disorder* (pp. 39-58). Springer.

Unidad IV

4. Nosología, nosografía y nosotaxia psiquiátricas

En el ámbito de la psiquiatría, los términos nosografía, nosología y nosotaxia son fundamentales para la clasificación y descripción de los trastornos mentales. A pesar de que estos conceptos están estrechamente relacionados, cada uno tiene un enfoque específico en la comprensión y organización de las enfermedades mentales.

La nosología psiquiátrica es la ciencia que estudia y clasifica las enfermedades mentales. Aunque la nosografía describe y clasifica los trastornos, la nosología se ocupa de su estudio en términos de su origen, evolución y etiología. La nosología intenta comprender la naturaleza de las enfermedades mentales, sus causas subyacentes, su desarrollo y sus manifestaciones. En resumen, la nosología no solo se enfoca en cómo se clasifica un trastorno, sino en la naturaleza y el entendimiento profundo de cada trastorno mental.

Características clave de la Nosología:

- Se ocupa del estudio de las enfermedades mentales.
- Busca comprender el origen, la causa y la evolución de los trastornos.
- Establece una clasificación científica más general que la nosografía.
- Examina los factores biológicos, psicológicos y sociales que contribuyen a los trastornos mentales.

La nosología es esencial para la formación médica, ya que apoya a:

Diagnóstico preciso: Una clasificación adecuada de los trastornos psiquiátricos permite un diagnóstico certero, lo que es crucial para elegir el tratamiento adecuado. El uso de sistemas de clasificación estandarizados, como el DSM-5 o la CIE-10, ayuda a los profesionales a identificar los trastornos mentales de manera más eficiente y consistente.

Planificación del tratamiento: Un diagnóstico bien fundamentado facilita la planificación del tratamiento. Los tratamientos farmacológicos, psicoterapéuticos y psicosociales dependen de la correcta identificación del trastorno.

Comunicación profesional: Los sistemas de clasificación ofrecen un lenguaje común que permite a los profesionales de la salud, tanto dentro de un país como a nivel internacional, intercambiar información sobre pacientes y trastornos.

Investigación: Una clasificación estandarizada es fundamental para la investigación científica en psiquiatría, ya que permite la recopilación de datos comparables y el estudio de los trastornos mentales en diversas poblaciones.

Desarrollo de políticas de salud pública: La clasificación precisa de los trastornos psiquiátricos permite a los responsables de la salud pública desarrollar políticas y programas para la prevención y tratamiento de enfermedades mentales en la comunidad.

La nosografía, es la parte de la nosología que se encarga de la descripción de las enfermedades de forma sistemática (por aparatos: etiológica, fisiopatología, clínica, diagnóstico, tratamiento y evolución). La nosografía psiquiátrica hace referencia al conjunto de descripciones y clasificaciones de los trastornos mentales. Es el proceso a través del cual se detallan los síntomas clínicos, el curso y las características de los trastornos mentales. La nosografía proporciona un lenguaje común para los profesionales de la salud mental y establece criterios diagnósticos basados en la observación clínica de los pacientes. Este enfoque es crucial para facilitar la identificación de trastornos, la elección de tratamiento y la comunicación entre especialistas.

Características clave de la Nosografía:

- Descripción detallada de los trastornos mentales (síntomas, curso, etc.).
- Utiliza criterios diagnósticos para clasificar las enfermedades.
- Permite la identificación de los trastornos psiquiátricos.
- Es utilizada principalmente para el diagnóstico clínico.

La nosotaxia psiquiátrica se refiere a la clasificación jerárquica de las enfermedades mentales en grupos o categorías más amplias y específicas, basándose en características comunes o relaciones entre los trastornos. La nosotaxia tiene como objetivo ordenar las enfermedades dentro de un sistema clasificatorio que refleje las diferencias y las semejanzas entre ellas. La nosotaxia busca una organización más estructurada y sistemática de los trastornos psiquiátricos, facilitando su comprensión en un contexto más global.

Características clave de la Nosotaxia:

- Se enfoca en la organización jerárquica de los trastornos psiquiátricos.
- Clasifica las enfermedades según sus características comunes.
- Su propósito es lograr una estructura más ordenada y racional de las enfermedades mentales.
- Utiliza categorías más amplias y agrupaciones específicas de trastornos.

Ejemplo:

La nosotaxia psiquiátrica se refiere a la clasificación jerárquica de las enfermedades mentales en grupos o categorías más amplias y más específicas, basándose en características comunes o relaciones entre los trastornos. La nosotaxia tiene como objetivo ordenar las enfermedades dentro de un sistema clasificatorio que refleje las diferencias y las semejanzas entre ellas. La nosotaxia busca una organización más estructurada y sistemática de los trastornos psiquiátricos, facilitando su comprensión en un contexto más global.

Características clave de la Nosotaxia:

- Se enfoca en la organización jerárquica de los trastornos psiquiátricos.
- Clasifica las enfermedades según sus características comunes.
- Su propósito es lograr una estructura más ordenada y racional de las enfermedades mentales.
- Utiliza categorías más amplias y agrupaciones específicas de trastornos.

4. Diferencias Principales entre Nosografía, Nosología y Nosotaxia

Concepto	Definición	Enfoque	Objetivo Principal
Nosografía	Descripción y clasificación de los trastornos mentales.	Descripción clínica de los trastornos.	Establecer criterios diagnósticos.
Nosología	Estudio científico de las enfermedades mentales, incluyendo su origen y evolución.	Estudio integral de los trastornos mentales.	Comprender la naturaleza, causas y evolución de los trastornos.
Nosotaxia	Clasificación jerárquica de los trastornos mentales.	Organización estructurada de los trastornos.	Organizar y clasificar los trastornos en un sistema jerárquico.

5. Psicoterapia

La psicoterapia es un proceso terapéutico concebido para tratar problemas psicológicos estableciendo una relación entre un profesional capacitado y un individuo. Esta modalidad de tratamiento se establece por medio de la comunicación terapéutica, tanto verbal como no verbal; intentos por reducir las alteraciones emocionales; revertir o modificar patrones desadaptativos de comportamiento, y fomentar el crecimiento y desarrollo de la personalidad. Se distingue de otras formas de tratamiento psiquiátrico, como las terapias somáticas (p. ej., tratamiento psicofarmacológico o electroconvulsivo).

Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica

Estas dos modalidades se basan en las teorías del inconsciente dinámico y del conflicto psíquico de Sigmund Freud. El objetivo fundamental de estos tipos de terapia es ayudar al paciente a tener una introspección de los conflictos inconscientes, sustentados en deseos no resueltos de la infancia y manifestados como síntomas, así como a elaborar patrones de interacción y comportamiento propios del adulto.

Psicoanálisis

El psicoanálisis es una teoría de los fenómenos mentales y del comportamiento humano, un método de investigación y experimentación psíquicas, y una forma de psicoterapia formulada originalmente por Freud. Como método de tratamiento, constituye la modalidad más intensiva y rigurosa de psicoterapia. El paciente acude por lo general de tres a cinco veces por semana, como mínimo, varios centenares de horas a lo largo de años; se recuesta en un diván y el analista se sienta detrás, fuera del campo visual del paciente.

Este último intenta hablar con libertad y sin censura de todo lo que se le ocurra en ese momento, asociar libremente las ideas y seguir, con la profundidad que le resulte posible, el tren de los pensamientos hasta sus raíces más primitivas. El psicoanálisis, como técnica de exploración de los procesos mentales, abarca el empleo de la asociación libre y el análisis e interpretación de los sueños, las resistencias y las transferencias. El analista recurre a la interpretación y clarificación para ayudar al paciente a elaborar y resolver los conflictos que han influido en su vida, a menudo de manera inconsciente. Este tipo de terapia requiere estabilidad, una gran motivación, verbalización y orientación psíquica del paciente.

El paciente, además, debe soportar el sufrimiento generado por el análisis sin responder con regresión, angustia o impulsividad exageradas. Como modalidad de psicoterapia, se vale de la técnica investigadora, guiada por las teorías de la libido y del instinto de Freud, y por la psicología del yo para obtener una introspección sobre las motivaciones, los conflictos y los símbolos inconscientes de la persona, y poder, en consecuencia, cambiar su comportamiento desadaptativo.

Psicoterapia con orientación psicoanalítica

Se basa en los mismos principios y técnicas que el psicoanálisis clásico, pero con una intensidad rebajada. Existen dos modalidades: (1) la psicoterapia orientada a la introspección o expresiva, y (2) la psicoterapia de apoyo o de relación.

1. Psicoterapia expresiva. Los pacientes acuden una o dos veces por semana y se sientan delante del psiquiatra. El objetivo, la resolución del conflicto psicológico inconsciente, es parecido al del psicoanálisis, pero se pone mayor énfasis en las cuestiones de la realidad cotidiana y menos en el desarrollo de la transferencia. Los pacientes que pueden seguir el psicoanálisis también resultan idóneos para esta terapia, así como aquellos con un rango más amplio de problemas sintomáticos y caracterológicos.

En la psicoterapia de apoyo, el elemento esencial es el apoyo más que la introspección. Este tipo de terapia suele constituir el tratamiento preferido para los pacientes con una vulnerabilidad grave del yo, en particular los pacientes psicóticos. También se puede aplicar a pacientes en una situación crítica, como un duelo agudo. Esta terapia se puede mantener a largo plazo, durante muchos años, sobre todo si el paciente sufre problemas crónicos. El apoyo puede adoptar la forma de fijación de límites, incremento del análisis de la realidad, tranquilización, asesoramiento y ayuda para alcanzar las habilidades sociales.

C. Psicoterapia dinámica breve. Esta psicoterapia consiste en un tratamiento de corta duración, generalmente distribuido en 10-40 sesiones durante un período inferior a 1 año. El objetivo, basado en la teoría psicodinámica, es elaborar la introspección de los conflictos subyacentes; esta introspección fomenta los cambios psíquicos y conductuales. Esta terapia supone una confrontación mayor que las terapias orientadas a la introspección, ya que el terapeuta participa de forma activa, dirigiendo una y otra vez las asociaciones y los pensamientos del paciente hacia las zonas conflictivas. El número de horas dedicadas a la terapia se establece de común acuerdo entre el psicoterapeuta y el paciente antes de iniciar con el tratamiento, y se delimita un área específica de conflicto como objetivo de la terapia.

Cualquier intento de un cambio más grande se evita. Los pacientes idóneos para esta terapia deben ser capaces de definir un problema central específico para ser abordado en la terapia, y deben estar muy motivados, psicológicamente dispuestos y ser capaces de tolerar el aumento temporal de ansiedad o tristeza que puede evocar esta terapia. Los pacientes no aptos para esta terapia incluyen aquellos con una estructura frágil del yo (con ideación suicida o psicóticos) y con poco control de los impulsos (pacientes con personalidad límite, abuso de sustancias y personalidad antisocial).

Existe una gran variedad de métodos, cada uno con sus propias técnicas y criterios específicos para la selección de los pacientes; sin embargo, son más las similitudes que las diferencias. Algunos de los tipos de terapia psicodinámica breve son: 1. Psicoterapia focal breve (Tavistock-Malan) Los terapeutas deben fijar un objetivo delimitado y establecer con anticipación una fecha de finalización; los pacientes deben lidiar con el duelo y el enfado por la terminación de la terapia.

2. Psicoterapia a corto plazo (Boston University-Mann) Modelo terapéutico de exactamente 12 entrevistas, centrándose en un elemento específico básico y en determinar el conflicto

central del paciente de forma razonablemente correcta, además de explorar las crisis madurativas de los jóvenes con múltiples quejas psicológicas y somáticas.

3. Psicoterapia dinámica a corto plazo (McGill University-Davanloo) Comprende casi todas las variedades de psicoterapia breve y de intervención en crisis. Incluye flexibilidad (los terapeutas deben adaptar la técnica a las necesidades del paciente), control, tendencias regresivas del paciente, intervención activa para evitar que desarrolle una dependencia excesiva hacia el terapeuta, así como introspección intelectual y experiencias emocionales durante la transferencia, que se vuelven correctoras como resultado de la interpretación.

4. Psicoterapia a corto plazo generadora de ansiedad (Harvard University-Sifneos). El tratamiento puede dividirse en cuatro fases principales: encuentro paciente-terapeuta, terapia inicial, alcance del tratamiento, evidencia de cambio y finalización.

La fase final de la psicoterapia se centra en la demostración tangible del cambio en la conducta del paciente más allá de la psicoterapia, que es la evidencia de que se emplean los nuevos patrones adaptativos de comportamiento, y el inicio de conversaciones sobre la finalización del tratamiento.

5.1 Terapia conductual

Esta terapia pone la mira en el comportamiento evidente y observable, y se sirve de diversas técnicas de condicionamiento derivadas de la teoría del aprendizaje a fin de modificar directamente la conducta del paciente. Esta terapia se dirige de forma exclusiva a la mejoría de los síntomas, sin abordar las causas psicodinámicas. La terapia conductual se basa en los principios de la teoría del aprendizaje, entre otros el condicionamiento operante y clásico.

El condicionamiento operante se basa en la premisa de que el comportamiento está modelado por sus consecuencias; si se refuerza positivamente la conducta, aumentará y, si se castiga, disminuirá; si no ocurre ninguna respuesta, se extinguirá. El condicionamiento clásico se basa en la premisa de que el comportamiento está moldeado por su acoplamiento o desacoplamiento a estímulos generadores de ansiedad.

De la misma manera que los perros de Iván Pavlov estaban condicionados para salivar al oír la campana, una vez asociada la campana con la comida, se puede condicionar a una persona

a sentir miedo en situaciones neutras que acabaron generando ansiedad. Al desacoplar la ansiedad de la situación, la conducta de evitación y angustia disminuye.

La terapia conductual surge, al parecer, más efecto frente a comportamientos desadaptativos circunscritos y claramente delimitados (p. ej., fobias, compulsiones, sobrealimentación, consumo de cigarrillos, tartamudeo y disfunciones sexuales).

Las terapias conductuales se pueden emplear para inducir la relajación y disminuir los elementos estresantes agravantes de trastornos en los que influyen poderosamente los factores psíquicos (p. ej., hipertensión, asma, dolor e insomnio) . Existen varias técnicas de terapia conductual.

A. Economía de fichas. Una modalidad de refuerzo positivo empleada con los pacientes ingresados, a quienes se recompensa con diversas fichas si siguen el comportamiento deseado (p. ej., se visten con la ropa de calle, asisten a la terapia de grupo). Se ha empleado para tratar la esquizofrenia, sobre todo en el entorno hospitalario. Las fichas se pueden sustituir por una serie de refuerzos positivos, como alimentos, tiempo para ver la televisión o permisos de fin de semana.

B. Terapia de aversión. Forma de condicionamiento que implica el acoplamiento repetido de un estímulo desagradable o doloroso, como una descarga eléctrica, a un comportamiento no deseable. En su forma menos controvertida, el paciente acopla la imaginación de algo desagradable al comportamiento no deseado. Se ha utilizado para tratar el abuso de sustancias.

C. Desensibilización sistemática. Esta técnica se basa en el principio conductual del contra condicionamiento, por el cual una persona supera la ansiedad desadaptativa desencadenada por una situación o un objeto aproximándose de forma gradual a la situación temida en un estado psicofisiológico que inhibe la ansiedad. Más que recurrir a situaciones u objetos reales que producen miedo, los pacientes y los terapeutas elaboran una lista progresiva o una jerarquía de escenas causantes de ansiedad que se asocian con el miedo del paciente. Durante el tratamiento se emparejan de forma sistemática el estado aprendido de relajación y las escenas generadoras de ansiedad. Así pues, los tres pasos comprenden el adiestramiento para la relajación, la construcción jerárquica y la desensibilización del estímulo. Cuando este procedimiento se aplica en la vida real y no imaginaria, se denomina exposición gradual.

D. Exposición terapéutica gradual. Similar a la desensibilización sistemática, excepto en que no se emplea el entrenamiento para la relajación y el tratamiento suele tener lugar en el contexto de la vida real. La exposición se gradúa de acuerdo con una jerarquía (p. ej., los pacientes con miedo a los gatos pueden progresar desde mirar una fotografía de un gato hasta sostener a uno en sus brazos).

E. Inundación. Técnica en la que el paciente se expone de inmediato al estímulo que le genera más ansiedad (p. ej., el ático de un edificio alto si tiene miedo a las alturas), en lugar de una exposición gradual o sistemática a una serie jerarquizada de situaciones temidas. Cuando esta técnica se lleva a cabo con la imaginación, y no en la vida real, se denomina implosión. Se cree que la inundación constituye una terapia conductual eficaz frente a trastornos como las fobias, siempre que el paciente pueda tolerar la ansiedad asociada. Se ha realizado mucho trabajo experimental con la exposición a situaciones temidas a partir de la realidad virtual, generada con un dispositivo electrónico, con la cual se han descrito efectos beneficiosos en pacientes con fobia a las alturas, miedo a volar, aracnofobia y claustrofobia.

F. Educación en la asertividad. Para aumentar la asertividad se utilizan diversas técnicas, como la modelación del rol, la desensibilización y el refuerzo positivo. Ser asertivo exige de la persona una confianza en su oficio y una autoestima suficiente para expresar sus opiniones. La enseñanza de las habilidades sociales se ocupa de la asertividad, pero también de una serie de tareas de la vida real, como la compra de alimentos, la búsqueda de empleo, la relación con otras personas y superación de la timidez.

G. Desensibilización y reprocesamiento de los movimientos oculares. Los movimientos oculares en sacudidas constituyen oscilaciones rápidas de los ojos que ocurren cuando una persona sigue un objeto que zigzaguea en su línea de visión. Si se inducen estas sacudidas oculares mientras la persona imagina o piensa en una situación generadora de ansiedad, es posible, según indican algunos estudios, fomentar un pensamiento o una imagen positivos que reduzcan la ansiedad.

H. Modelado participante. Los pacientes aprenden una nueva conducta mediante imitación, inicialmente a través de la observación, sin tener que interpretarla hasta que se

sienten preparados. La técnica se ha utilizado con éxito en niños fóbicos y en la agorafobia, colocando al paciente en la situación temida acompañado del terapeuta.

I. Exposición al estímulo presentado mediante realidad virtual. Se han documentado efectos beneficiosos de la exposición a través de realidad virtual en pacientes con fobia a las alturas, miedo a volar, fobia a las arañas y claustrofobia.

J. Entrenamiento en habilidades sociales. Se utiliza más en los pacientes con esquizofrenia o trastornos esquizofreniformes, con el objetivo de mejorar las habilidades sociales. La disfunción social se normaliza enseñando al paciente la forma correcta de leer y decodificar los estímulos sociales. Se utiliza el juego de roles para reducir la ansiedad social y mejorar las habilidades sociales y conversacionales. Suele realizarse en grupos.

5.2 Terapia cognitiva-conductual

Esta terapia se basa en la teoría de que el comportamiento se encuentra determinado por el pensamiento que la persona tiene de sí misma y de su papel en el mundo. El comportamiento desadaptativo obedece a pensamientos estereotipados y arraigados que llevan a distorsiones cognitivas o errores de pensamiento. La teoría propone corregir estas distorsiones y los comportamientos autodestructivos resultantes.

La terapia es corta: suele durar entre 15 y 20 sesiones a lo largo de 12 semanas. El paciente toma conciencia de sus propias cogniciones distorsionadas y de las creencias en las que se basan. Se le asignan deberes para el hogar; se le pide al paciente que registre su pensamiento en determinadas situaciones estresantes (p. ej., “no sirvo para nada” o “nadie se ocupa de mí”) y que examine los supuestos, a menudo relativamente inconscientes, que alimentan las cogniciones negativas.

Este proceso se ha denominado “reconocimiento y corrección de los pensamientos automáticos”. El modelo cognitivo de la depresión abarca la tríada cognitiva, que es una descripción de las distorsiones del pensamiento que acaecen cuando se deprime una persona. La tríada incluye: (1) una visión negativa de sí mismo; (2) una interpretación negativa de la experiencia actual y pretérita, y (3) una esperanza negativa del futuro.

5.3 Terapia familiar

La terapia familiar se basa en la teoría de que una familia es un sistema que procura mantener la homeostasia, al margen de su grado de desadaptación. Esta teoría se ha denominado “orientación a los sistemas familiares” y las técnicas se centran en la familia más que en el

paciente conocido. Así pues, la familia se convierte en el paciente, en lugar del miembro concreto reconocido como enfermo.

Uno de los objetivos fundamentales del terapeuta familiar es determinar qué función homeostática, aun patológica, cumple el paciente en ese sistema familiar concreto.

El objetivo del terapeuta es ayudar a la familia a entender que los síntomas del paciente conocido sirven, en realidad, para mantener de manera decisiva la homeostasia familiar. Un ejemplo es el niño triangulado, el hijo al que la familia identifica como paciente y que, en realidad, ayuda a mantener el sistema familiar al estar implicado en un conflicto matrimonial como chivo expiatorio, árbitro o incluso cónyuge sucedáneo.

La misión del terapeuta es que la familia entienda el proceso de triangulación y solucione el conflicto más profundo que subyace al comportamiento perturbador aparente del hijo. Las técnicas se basan en la reestructuración y la connotación positiva (reinscripción como positivos de todos los sentimientos o comportamientos expresados de modo negativo); por ejemplo, “el niño es imposible” se convierte en “el niño está tratando desesperadamente de distraerle y protegerle de lo que él considera un matrimonio infeliz”.

5.4 Terapia interpersonal

Es una psicoterapia breve, que dura 12-16 semanas, elaborada específicamente para tratar la depresión no bipolar ni psicótica. Las sesiones 1-5 constituyen la fase inicial, las sesiones 6-15, las intermedias, y las sesiones 16-20, las de terminación. No se corrigen los conflictos intrapsíquicos. El énfasis se pone en las relaciones interpersonales actuales y en estrategias para mejorar la vida relacional del paciente. A menudo se utilizan medicamentos antidepressivos como complemento de la terapia interpersonal. El terapeuta participa mucho planteando las áreas interpersonales problemáticas más destacadas del paciente, que definen el eje del tratamiento.

5.5 Terapia de grupo

Las terapias de grupo se basan en tantas teorías como las individuales. Los grupos varían desde los que enfatizan el apoyo y el incremento de las capacidades sociales hasta aquellos que subrayan el alivio sintomático específico, pasando por los que elaboran los conflictos intrapsíquicos no resueltos. Si se compara con la terapia individual, dos de las principales ventajas de la terapia de grupo son la oportunidad de recibir retroalimentación inmediata de los colegas del paciente y la posibilidad, para el paciente y el terapeuta, de observar las

respuestas psicológica, emocional y conductual del paciente a una serie de personas, que desencadenan una variedad de transferencias. Se pueden resolver los conflictos individuales e interpersonales.

Los grupos suelen reunirse una o dos veces por semana, en general durante 1.5 h. Pueden ser homogéneos o heterogéneos, en función del diagnóstico. Los pacientes psicóticos, que requieren una estructura y una dirección clara, no se adaptan a los grupos orientados a la introspección. Los pacientes paranoides, aquellos con personalidad antisocial o los adictos a sustancias se pueden beneficiar de la terapia de grupo, pero no responden bien en los grupos heterogéneos orientados a la introspección. En general, los pacientes con psicosis aguda o suicidalidad no mejoran en grupo.

Terapia de pareja y matrimonial

A. Tipos de terapias 1. Terapia individual. Los cónyuges pueden consultar con diferentes terapeutas, que no tienen por qué comunicarse entre ellos necesariamente. El objetivo del tratamiento es potenciar las capacidades adaptativas de cada uno de los cónyuges.

2. Psicoterapia individual de parejas. Cada uno de los cónyuges recibe tratamiento, ya sea de manera concurrente y con un mismo terapeuta, o bien, de forma cooperativa y visitando cada uno a un terapeuta distinto.

3. Psicoterapia conjunta. Representa la modalidad más utilizada en la psicoterapia de pareja. En este caso, uno o dos terapeutas tratan a los pacientes en sesiones conjuntas.

4. Sesiones a cuatro bandas. Cada uno de los cónyuges visita a un terapeuta distinto y se celebran sesiones conjuntas en las que participan las cuatro personas. Una variación ideada por William Masters y Virginia Johnson se emplea para el tratamiento rápido de las parejas con disfunciones sexuales.

5. Psicoterapia de grupo. Constituida por tres o cuatro parejas y uno o dos terapeutas. Exploran actitudes sexuales y tienen la oportunidad de recopilar información nueva del resto del grupo; además, cada uno puede recibir una retroalimentación específica, negativa o positiva.

6. Psicoterapia combinada. Se refiere al empleo concomitante o combinado de algunas de las técnicas descritas antes o de todas ellas.

Terapia conductual dialéctica

Esta forma de terapia se ha aplicado de forma satisfactoria en pacientes con trastornos límite de la personalidad y comportamiento parasuicida. Es ecléctica y se basa en los métodos de las terapias de apoyo, cognitiva y conductual. Algunos elementos provienen de la visión de la terapia de Franz Alexander como una experiencia emocional correctiva y también de algunas escuelas filosóficas orientales (p. ej., zen).

Los pacientes acuden semanalmente con el propósito de mejorar sus capacidades interpersonales y disminuir su comportamiento autodestructivo a través de técnicas que implican el asesoramiento, el uso de metáforas, la narración de historias y la confrontación, entre muchas otras. A los pacientes con un trastorno límite se les ayuda, en particular, a abordar los sentimientos ambivalentes característicos del trastorno.

Hipnosis

La hipnosis es un estado mental complejo en el que la consciencia se altera de tal modo que el sujeto responde a la sugestión y a la dirección del terapeuta. Cuando se hipnotiza al paciente, éste pasa a un estado de trance, en el que puede recordar los recuerdos y acontecimientos vividos. Este material se puede utilizar para obtener introspección sobre la estructura de la personalidad.

6.Tratamiento psicofarmacológico y suplementos nutricionales

Los fármacos utilizados para los trastornos psiquiátricos se denominan fármacos psicotrópicos (psicótrapos o psicofármacos) y se clasifican de acuerdo con su principal aplicación clínica como antidepresivos, antipsicóticos, eutimizantes y ansiolíticos. Sin embargo, durante la última década, la definición de estos fármacos ha evolucionado y en lugar de describirlos por su indicación clínica, el nuevo enfoque ha sido clasificarlos según su mecanismo de acción. Este cambio es fundamental para el pensamiento y la conceptualización psiquiátrica; por ello es preferible pensar en términos de sus acciones farmacológicas en lugar de sus indicaciones terapéuticas, que a menudo cambian y se superponen.

Los principios generales de psicofarmacología se basan en las acciones farmacológicas; se dividen en dos categorías: farmacocinéticas y farmacodinámicas. En términos simples, la farmacocinética describe los cambios que experimentan los fármacos en el organismo y la farmacodinámica describe los cambios que experimenta el organismo por la acción del fármaco.

Para optimizar los resultados de la farmacoterapia con psicotrópicos, se deben considerar los “seis aspectos”: diagnóstico, selección del fármaco, posología, duración del tratamiento, suspensión y diálogo con el paciente.

1. Diagnóstico. Un estudio diagnóstico cuidadoso debe identificar los síntomas diana específicos que permiten evaluar de manera objetiva la respuesta farmacológica.

2. Selección del fármaco. Los factores que determinan la selección de un fármaco incluyen el diagnóstico, los antecedentes personales y familiares de respuesta a un medicamento determinado, y el estado médico general del paciente. Es probable que se descarten algunos fármacos debido al tratamiento farmacológico concomitante de otras enfermedades médicas y trastornos psiquiátricos que podría ocasionar interacciones farmacológicas; otros se descartan porque tienen perfiles de efectos secundarios desfavorables.

3. Posología. Las dos causas más frecuentes de fracaso del tratamiento con fármacos psicotrópicos son la dosificación inadecuada y el ensayo terapéutico incompleto de un fármaco.

4. Duración. El ensayo con antipsicóticos, antidepresivos y estabilizadores del ánimo debe mantenerse por 4-6 semanas. La eficacia farmacológica tiende a mejorar durante el tratamiento, mientras que la suspensión frecuentemente se asocia con recaídas. En cambio, el efecto terapéutico beneficioso máximo de la mayoría de los ansiolíticos y estimulantes suele alcanzarse en la hora siguiente a su administración.

5. Suspensión. Muchos psicotrópicos se asocian con el síndrome de abstinencia cuando se suspenden. Los que tienen una vida media corta son más propensos a causar estos síntomas, sobre todo si se detienen de forma abrupta después de un uso prolongado. Por lo tanto,

es importante discontinuar todos los medicamentos lo más lentamente posible, si las circunstancias clínicas lo permiten.

6. Diálogo. Informar al paciente desde el principio sobre los posibles efectos secundarios del tratamiento, así como las razones para tomar un fármaco específico, sirven para mejorar el cumplimiento. Los médicos deben distinguir entre efectos secundarios probables o esperados y los raros o inesperados.

B. Consideraciones especiales

1. Niños. Se inicia con una dosis pequeña que se aumenta hasta observar los efectos clínicos. Las dosis para adultos pueden utilizarse siempre que el medicamento sea eficaz y no se presenten efectos secundarios. Algunos niños requieren dosis más altas porque sus hígados metabolizan los medicamentos con mayor rapidez que los adultos. Se debe tener especial precaución cuando se prescriban inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en niños debido al riesgo de suicidio, que se aborda más adelante.

2. Adultos mayores. En estos pacientes, el tratamiento inicia con una dosis pequeña, por lo general, la mitad de la habitual. La dosis se aumenta en pequeñas cantidades hasta que se logra un beneficio clínico o aparecen efectos secundarios inaceptables.

3. Mujeres embarazadas y lactantes. Se aconseja evitar la administración de cualquier medicamento a mujeres embarazadas (sobre todo durante el primer trimestre) o que se encuentren lactando. Sin embargo, esta regla se debe interrumpir de forma ocasional cuando el trastorno psiquiátrico de la madre es grave. Se ha sugerido que suspender un medicamento durante el embarazo podría causar síndrome de abstinencia tanto en la madre como en el feto. La mayoría de los psicotrópicos no tienen relación con un aumento en el índice de defectos de nacimiento específicos.

4. Individuos con trastornos orgánicos. Estos individuos deben tratarse de forma conservadora, lo que significa comenzar con una dosis pequeña, aumentarla de forma gradual y observar tanto los efectos clínicos como los secundarios. Si es preciso, las concentraciones plasmáticas de los fármacos pueden ser útiles durante el tratamiento de estas personas.

6.1 ansiolíticos e hipnóticos

A. Recomendaciones del tratamiento

1. Tratamiento de la ansiedad aguda. La ansiedad aguda responde mejor a la administración oral o parenteral de benzodiazepinas. En presencia de manía o psicosis, es apropiada una benzodiazepina en combinación con antipsicóticos.

2. Tratamiento de la ansiedad crónica

a. Antidepresivos. Los ISRS (fluoxetina) y los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN) (venlafaxina y duloxetina) son antidepresivos que se usan para controlar los trastornos crónicos de ansiedad, como el trastorno de angustia y el obsesivo-compulsivo. Todos los antidepresivos pueden acentuar la ansiedad al inicio del tratamiento.

b. Benzodiazepinas. Este fármaco puede utilizarse a largo plazo para el tratamiento de los síntomas de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico.

c. Buspirona. La buspirona está aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, específicamente el trastorno de ansiedad generalizada.

d. Mirtazapina. La mirtazapina es eficaz como tratamiento de los síntomas de ansiedad, pero su utilidad está limitada por sus propiedades sedantes poderosas y su tendencia al aumento del apetito y de peso.

e. Otros tratamientos. Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y los tricíclicos y tetracíclicos alivian la ansiedad, pero no se utilizan como medida de primera línea por sus efectos secundarios y su posible toxicidad.

Tratamiento de insomnio

a. Fármacos distintos a las benzodiazepinas. Los fármacos no benzodiazepínicos zolpidem, zaleplón y eszopiclona tienen un rápido inicio de sus efectos; en concreto, alivian el insomnio, carecen de propiedades miorrelajantes y antiepilépticas, se metabolizan por

completo en las primeras 4 o 5 h y rara vez producen síntomas de abstinencia o insomnio de rebote. La dosis habitual de cada uno antes de acostarse (zolpidem y eszopiclona) es de 10 mg. El zolpidem actúa durante 5 h y el zaleplón, durante 4 h. La dosis habitual de eszopiclona es de 2 mg, y puede aumentarse hasta 3 mg. Las reacciones secundarias incluyen mareos, náuseas y somnolencia.

El ramelteón es otro medicamento aprobado recientemente que actúa en el receptor de la melatonina para ayudar a inducir el sueño. La dosis habitual de inicio y mantenimiento es de 8 mg, pero algunos pacientes pueden necesitar hasta 16 mg. Actualmente, estos medicamentos se consideran terapias de “primera línea” para el insomnio y tienen ventajas sobre las benzodiazepinas, que causan tolerancia y dependencia.

b. Benzodiazepinas. Las benzodiazepinas acortan la latencia del sueño y aumentan su continuidad, por lo que ayudan a tratar el insomnio. Las cinco benzodiazepinas más utilizadas como hipnóticos son flurazepam, temazepam, quazepam, estazolam y triazolam. Las benzodiazepinas también acortan las etapas III y IV del sueño (sueño profundo o de ondas lentas) y actúan frente al sonambulismo y los terrores nocturnos, que suceden en estas etapas. Este fármaco suprime los trastornos relacionados con el sueño de movimientos oculares rápidos (REM, rapid eye movement), sobre todo el comportamiento violento durante el sueño REM (trastorno de conducta REM).

c. Trazodona. Las dosis bajas (25-100 mg) de trazodona al acostarse se utilizan con frecuencia para tratar el insomnio. Posee un efecto favorable sobre la “arquitectura” del sueño. d. Quetiapina. Este antagonista de la dopamina y la serotonina a menudo se utiliza como un medicamento no aprobado para el insomnio en dosis de 25-100 mg, pero puede causar somnolencia diurna y sedación.

e. Ramelteón. Es un hipnótico activo administrado por vía oral, indicado para el tratamiento del insomnio con dificultad para el inicio del sueño. Es un agonista del receptor de la melatonina, con una alta afinidad de unión a los receptores MT1 y MT2 de melatonina, e imita y potencia la acción de la melatonina endógena, que se ha asociado con el mantenimiento del ritmo circadiano del sueño. Debe usarse con precaución en pacientes que toman otros medicamentos que inhiben la actividad de CYP 1A2, 2C9 y 3A4, ya que puede aumentar el área bajo la curva (ABC) de concentración plasmática del ramelteón de

50 a 200 veces. Los efectos adversos observados con mayor frecuencia son somnolencia, mareos, náuseas, fatiga, cefalea e insomnio.

f. Suvorexant. Está indicado para el tratamiento del insomnio caracterizado por dificultades con el inicio o mantenimiento del sueño. Su efecto terapéutico ocurre a través del antagonismo altamente selectivo de los receptores de orexina OX1R y OX2R. Se puede tomar con o sin alimentos, pero para un inicio más rápido, no se debe tomar con o inmediatamente después de éstos. Se metaboliza a través de CYP 3A4, alcanzando una concentración estable en 3 días. La dosis recomendada es de 10 mg, no más de una vez por noche y dentro de los 30 min anteriores a la hora de acostarse, y al menos 7 h antes del horario previsto para despertar.

La exposición aumenta en pacientes obesos y la dosis debe reducirse a la mitad cuando se usa con inhibidores de CYP 3A4. Los efectos secundarios más frecuentes son somnolencia, amnesia, ansiedad, alucinaciones y empeoramiento de la depresión y la ideación suicida. Está contraindicado en la narcolepsia. La administración concomitante con depresores del sistema nervioso central (SNC) puede aumentar el riesgo de depresión de este sistema.

g. Gabapentina. La gabapentina se introdujo por primera vez como un fármaco antiepiléptico y se encontró que tenía efectos sedantes que eran útiles en algunos trastornos psiquiátricos, en particular el insomnio. Se usa como un fármaco no aprobado para los trastornos de ansiedad y el insomnio. La gabapentina circula en la sangre sobre todo en forma libre y no se metaboliza de manera apreciable en los seres humanos. Se elimina sin cambios por excreción renal o puede utilizarse hemodiálisis. Los alimentos sólo afectan de forma moderada la tasa y el grado de absorción. La eliminación se reduce en las personas de edad avanzada, lo que requiere ajustes de dosis.

Agonistas y antagonistas de las benzodiazepinas

l. Indicaciones. A menudo, las benzodiazepinas se emplean para aumentar los efectos de los antidepresivos durante el primer mes, antes de que éstos empiecen a desplegar sus efectos ansiolíticos; luego, se retiran de forma gradual, una vez que el antidepresivo comienza a actuar.

2. Fármaco de elección. Las diferencias más importantes entre las benzodiazepinas se relacionan con la potencia y la vida media de eliminación.

a. Potencia. Las benzodiazepinas de gran potencia, como el alprazolam y el clonazepam, suprimen con eficacia los ataques de pánico. En general, las benzodiazepinas de baja potencia, como el diazepam, pueden producir sedación no deseada con las dosis necesarias para controlar los ataques de pánico.

b. Duración de los efectos. El diazepam y el triazolam se absorben enseguida y comienzan a actuar con rapidez; el clordiazepóxido y el oxazepam actúan más lentamente. Los compuestos con una vida media prolongada tienden a acumularse con su administración repetida, por lo que aumenta el riesgo de sedación diurna excesiva, dificultades de concentración y memoria, y caídas.

Las tasas de fractura de cadera por caídas son más altas en las personas mayores que toman medicamentos de acción prolongada que en aquellos que toman compuestos que son eliminados con mayor rapidez. Las benzodiazepinas con vida media corta también tienen la ventaja de causar menor deterioro con el empleo regular. Sin embargo, parecen producir un síndrome de abstinencia más grave.

c. Dependencia y síntomas de abstinencia. La aparición de dependencia, sobre todo con los fármacos de gran potencia, supone una de las mayores preocupaciones del uso prolongado de las benzodiazepinas. La suspensión de las benzodiazepinas no sólo puede motivar una recaída y rebote de los síntomas, sino también precipitar los síntomas de abstinencia.

d. Uso durante el embarazo. El empleo de benzodiazepinas durante el embarazo ha sido un tema controvertido; los estudios más antiguos y los datos clínicos sugieren un mayor riesgo de labio leporino. Los datos recientes de análisis combinados no muestran ninguna asociación entre la exposición fetal a las benzodiazepinas y el labio leporino u otras malformaciones congénitas importantes. No se informaron efectos a largo plazo sobre el coeficiente intelectual o el neurodesarrollo. En este momento, el riesgo de teratogenicidad es insuficiente, pero las madres deben sopesar los beneficios y el riesgo y se debe proporcionar la información conflictiva disponible para tomar una decisión informada.

Antagonistas de las benzodiazepinas

El flumazenilo, es un antagonista de las benzodiazepinas que se utiliza para revertir los efectos de la sobredosis de agonistas de los receptores benzodiazepínicos y en situaciones clínicas como la sedación o la anestesia. También se emplea para revertir los efectos de las benzodiazepinas justo antes de administrar la terapia electroconvulsiva.

Entre los efectos adversos se encuentran náuseas, vómitos y agitación. El flumazenilo puede precipitar crisis convulsivas, sobre todo en las personas con trastornos epilépticos que dependen de las benzodiazepinas o que han tomado una sobredosis grande. El régimen habitual es de 0.2 mg por vía i.v. en 30 s. Si no se recupera la consciencia, se pueden aplicar 0.3 mg más por vía i.v. durante 30 s. La mayoría de los individuos responden al tratamiento con un total de 1-3 mg. Las dosis mayores de 3 mg no suelen producir ningún beneficio adicional.

6.2 Antipsicóticos

Estos fármacos se clasifican como antipsicóticos de primera generación (convencionales o típicos) o de segunda generación (nuevos o atípicos). Históricamente, los antipsicóticos convencionales fueron eficaces para tratar los síntomas positivos de la esquizofrenia, aunque con empeoramiento de los síntomas negativos, cognitivos y del estado de ánimo. Se ha sugerido que los antipsicóticos atípicos mejoran: (1) síntomas positivos como alucinaciones, delirios, discurso desorganizado y agitación, y (2) síntomas negativos como abstinencia, afecto plano, anhedonia, pobreza del habla, catatonía y deterioro cognitivo.

A. Fármacos antipsicóticos de segunda generación (atípicos). Los antipsicóticos de segunda generación originales incluyen risperidona (de acción prolongada), olanzapina, quetiapina (normal y de liberación prolongada), ziprasidona, aripiprazol, paliperidona y clozapina. En la actualidad, han salido nuevos fármacos al mercado, los cuales se describen a continuación.

Estos medicamentos mejoran tres clases de discapacidad típicas de la esquizofrenia: (1) síntomas positivos (alucinaciones, delirios, discurso desorganizado, agitación), (2) síntomas negativos (abstinencia, afecto plano, anhedonia, catatonía) y (3) deterioro cognitivo (distorsiones perceptuales, déficits de memoria, falta de atención). Los fármacos de segunda generación han reemplazado en gran parte a los antipsicóticos típicos (antagonistas del receptor de dopamina) porque se asocian con un menor riesgo de síntomas extrapiramidales y eliminan la necesidad de fármacos anticolinérgicos.

Los medicamentos de segunda generación también son efectivos para el tratamiento de los trastornos bipolar y del estado de ánimo con características psicóticas o maníacas. Algunos también están aprobados para el tratamiento de la depresión bipolar, el trastorno depresivo mayor y el trastorno de ansiedad generalizada. Todos estos medicamentos, excepto la clozapina, están aprobados por la FDA para el tratamiento de la manía bipolar. La olanzapina está aprobada para la terapia de mantenimiento del trastorno bipolar I.

I. Acciones farmacológicas

a. Risperidona. Cerca del 80% de la risperidona se absorbe en el tubo digestivo; la vida media combinada de la risperidona promedia 20 h, por lo que es eficaz con la administración una vez al día.

b. Olanzapina. Alrededor del 85% de la olanzapina se absorbe en el tubo digestivo; su vida media promedio es de 30 h. Por lo tanto, también es eficaz en dosis cada 24 h.

c. Quetiapina. La quetiapina se absorbe con rapidez en el tubo digestivo. Su vida media es de alrededor de 6 h, por lo que es necesario administrarla dos o tres veces al día. La quetiapina de liberación prolongada tiene una biodisponibilidad comparable a la dosis equivalente del mismo fármaco en dosis de dos o tres veces al día; se administra una vez diariamente, de preferencia por la tarde.

d. Ziprasidona. Este fármaco se absorbe bien; su vida media es de 5-10 h, por lo que la dosificación dos veces al día es la mejor opción.

e. Clozapina. La clozapina es absorbida desde el tubo digestivo. Su vida media es de 10-16 h y se toma dos veces al día.

f. Aripiprazol. El aripiprazol se absorbe bien desde el tubo digestivo. Tiene una vida media de unas 75 h y puede ser administrado en una sola dosis diaria. La inyección de liberación prolongada de aripiprazol alcanza la concentración máxima en 5-7 días con una vida media de 30 días y se administra por vía intradeltóide o intraglútea cada 4 semanas.

g. Paliperidona. La paliperidona tiene un pico de concentración en plasma de casi 24 h después de la administración. Sólo se comercializa en comprimidos de liberación prolongada, que generalmente se prescriben en dosis de 3 mg una vez al día. La inyección de liberación prolongada de palmitato de paliperidona alcanza una mayor concentración en

el músculo deltoides con una vida media de 25-49 días. Se administra como inyección i.m. mensualmente.

Otra formulación inyectable tiene una duración de acción aún mayor y se administra una vez cada 3 meses. La concentración máxima se alcanza en 30 días, con una vida media de eliminación de 84-140 días, dependiendo del sitio de inyección.

h. Iloperidona. La iloperidona se absorbe bien. Su vida media varía según el metabolismo CYP 2D6. La posología es dos veces al día, se titula lentamente para prevenir la hipotensión ortostática y requiere ajuste de dosis en individuos con metabolismo lento del CYP 2D6 y con inhibidores de CYP 2D6.

i. Asenapina. La asenapina se absorbe con rapidez; tiene una vida media de 24 h. Tiene gran afinidad por las proteínas (95%); se toma por vía sublingual una vez al día.

j. Lurasidona. Se absorbe con rapidez, alcanza una concentración máxima en 1-3 h y tiene una vida media de 18 h. Se administra una vez al día con al menos 350 cal de alimentos para su mejor absorción. Se recomienda ajustar la dosis en pacientes con insuficiencia renal y hepática.

k. Brexpiprazol. El brexpiprazol tiene gran afinidad por las proteínas (99%), alcanza la concentración máxima en 4 h y tiene una vida media de 91 h. Se toma una vez al día con ajuste de dosis durante 8 días con base en la tolerabilidad.

l. Cariprazina. Alcanza su mayor concentración en 3-6 h, con vida media de 2-4 días para la sustancia activa y de 1-3 semanas para el metabolito. Tiene gran afinidad por las proteínas (97%), se administra una vez al día y se ajusta la dosis durante varios días en función de la tolerabilidad.

m. Pimavanserina. Tiene una vida media de 57 h y alcanza una concentración estable en 12 días. Se toma una vez al día sin titulación, pero es necesario ajustar la dosis con inhibidores o inductores de CYP 3A4.

Antes de iniciar el tratamiento se debe documentar el procedimiento de consentimiento informado. El historial del paciente debe incluir información sobre epilepsia, enfermedades hemáticas, cardiovasculares, hepáticas y renales, y abuso de fármacos. La presencia de una enfermedad hepática o renal requiere el empleo de dosis iniciales bajas.

La exploración física debe incluir mediciones de la presión arterial en decúbito supino y de pie para detectar la hipotensión ortostática. Las pruebas analíticas deben incluir un electrocardiograma; varios hemogramas, incluidos recuentos de leucocitos, que luego pueden promediarse; y pruebas de la función hepática y renal.

Existen diferencias entre los antipsicóticos en cuanto al riesgo de aumento de peso y diabetes, pero la FDA ha recomendado las siguientes pautas para todos los antipsicóticos atípicos.

a. Valoración inicial

(1) Antecedentes personales y familiares de obesidad, diabetes, dislipidemia, hipertensión y enfermedades cardiovasculares

(2) Peso y talla (para poder calcular el índice de masa corporal)

(3) Perímetro de la cintura (a nivel del ombligo)

(4) Presión arterial

(5) Glucemia en ayuno (6) Perfil lipídico en ayuno

Todos los pacientes con medicamentos de segunda generación deben recibir seguimiento de forma rutinaria para detectar efectos secundarios. Aunque se presume que estos fármacos tienen un riesgo de discinesia tardía menor, éste aún existe, por lo que los pacientes deben ser evaluados en busca de cualquier anomalía en el movimiento. De acuerdo con las recomendaciones de la FDA, todos los pacientes deben vigilar sus concentraciones de glucosa en sangre, sobre todo al inicio del tratamiento o si se produce un aumento de peso.

6.3 Antidepresivos

A. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Hoy en día se utilizan seis ISRS como medicamentos de primera línea para el tratamiento de la depresión. La fluoxetina se introdujo en 1988, y desde entonces se ha vuelto el antidepresivo más recetado en el mundo.

Durante la década siguiente, la sertralina y la paroxetina se prescribieron casi tan ampliamente como la fluoxetina. El citalopram, la paroxetina de liberación controlada y el escitalopram son los otros ISRS aprobados para la depresión. Un séptimo ISRS, la

fluvoxamina, aunque también es eficaz como antidepresivo, sólo está aprobada como tratamiento para el trastorno obsesivo-compulsivo por la FDA. Los ISRS también son eficaces para tratar una variedad de trastornos de ansiedad.

I. Acciones farmacológicas

a. Farmacocinética. Todos los ISRS se absorben bien después de la administración oral y alcanzan sus concentraciones máximas en 4-8 h. La fluoxetina tiene la vida media más larga, de 2-3 días; su metabolito activo norfluoxetina tiene una vida media de 7-9 días. La vida media de la sertralina es de 26 h, y su metabolito significativamente menos activo tiene una vida media de 3-5 días.

b. Farmacodinámica. Los beneficios clínicos de los ISRS se atribuyen a la inhibición relativamente selectiva de la recaptación de serotonina, con poco efecto sobre la recaptación de noradrenalina y dopamina. Por lo general, se puede lograr el mismo grado de beneficio clínico mediante el uso constante de una dosificación baja o un aumento más rápido de la dosificación. Sin embargo, la respuesta clínica varía considerablemente de una persona a otra.

Indicaciones terapéuticas

a. Depresión. La fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram, paroxetina de liberación controlada y escitalopram están indicados para el tratamiento de la depresión en la población general, los adultos mayores, los enfermos orgánicos y las mujeres embarazadas. Para la depresión grave y la melancolía, varios estudios han encontrado que la eficacia máxima de ISRN, como la venlafaxina, la duloxetina o los fármacos tricíclicos, puede exceder a la de los ISRS.

(I) Elección del fármaco. La comparación directa de los beneficios de los ISRS específicos no ha demostrado la superioridad de uno sobre el resto. Sin embargo, las respuestas a los diferentes ISRS pueden variar de forma considerable en un paciente determinado. Varios informes indican que más del 50% de las personas que responden mal a un ISRS lo harán de forma favorable a otro. Por lo tanto, es más razonable intentar con otros ISRS para los pacientes que no responden al primer medicamento antes de cambiar a antidepresivos que no sean ISRS.

(2) Comparación con antidepresivos tricíclicos. La eficacia de los ISRS es similar a la de los antidepresivos tricíclicos, pero su perfil de efectos adversos es mucho mejor. Los ISRS pueden ocasionar cierto grado de nerviosismo o agitación, alteraciones del sueño, síntomas gastrointestinales y, quizás, disfunción sexual con más frecuencia que en las personas tratadas con fármacos tricíclicos.

b. Suicidio. Los ISRS son capaces de disminuir el riesgo de suicidio en la abrumadora mayoría de los casos. Sin embargo, algunas personas se ponen muy ansiosas y agitadas cuando se les administra fluoxetina. La aparición de estos síntomas en una persona con ideación suicida podría empeorarla.

c. Depresión durante y después del embarazo. El uso de fluoxetina durante el embarazo no se asocia con un aumento en las complicaciones perinatales, anomalías congénitas del feto, problemas de aprendizaje, retrasos en el lenguaje o problemas de comportamiento específicos. Los datos emergentes de sertralina, paroxetina y fluvoxamina indican que estos medicamentos probablemente también son seguros cuando se toman durante el embarazo.

d. Depresión en adultos mayores y enfermos orgánicos. Todos los ISRS son útiles para personas mayores con mala salud. e. Depresión crónica. Debido a que la suspensión del ISRS en los 6 meses siguientes al episodio depresivo conlleva una elevada tasa de recaídas, el tratamiento de la depresión crónica con este fármaco debe mantenerse durante varios años. Los ISRS son bien tolerados con el uso a largo plazo.

f. Depresión en niños. Los ISRS se prescriben cada vez más para tratar la depresión infantil y prevenir que niños y adolescentes se automediquen con alcohol o drogas ilegales para tratar los sentimientos depresivos. El perfil de efectos adversos de los ISRS en niños incluye síntomas gastrointestinales, insomnio, inquietud motriz, desinhibición social, manía, hipomanía y psicosis. De forma reciente, la FDA emitió una advertencia a los médicos con respecto a los riesgos potenciales de suicidio en adolescentes que reciben estos antidepresivos. Se recomienda una estrecha vigilancia de estos medicamentos por parte del médico.

g. Trastorno disfórico premenstrual. Los ISRS reducen el estado de ánimo debilitante y los cambios de comportamiento que tienen lugar en la semana anterior a la menstruación en mujeres con trastorno disfórico premenstrual. La administración programada de ISRS

durante todo el ciclo o sólo durante la fase lútea (el período de 2 semanas entre la ovulación y la menstruación) es igualmente eficaz para este propósito.

6.4 Antimaníacos

A. Litio.

El litio se utiliza para el tratamiento a corto plazo y la profilaxis del trastorno bipolar I. I. Acciones farmacológicas. Tras su ingesta, el litio se absorbe por completo en el tubo digestivo. Las concentraciones séricas alcanzan un pico en 1-1.5 h para formulaciones estándar y en 4-4.5 h para formulaciones de liberación controlada. El litio no se une a las proteínas plasmáticas, no se metaboliza y se excreta a través de los riñones. La barrera hematoencefálica sólo permite el paso lento del litio, por lo que una sola sobredosis no necesariamente causa toxicidad y la intoxicación por litio a largo plazo toma más tiempo en resolverse.

La vida media del litio es de aproximadamente 20 h, y se alcanza el equilibrio después de 5-7 días de ingesta regular. Su eliminación por los riñones disminuye en personas con insuficiencia renal (habitual en los ancianos). La excreción de litio aumenta durante el embarazo, pero disminuye después del parto. El litio se excreta en la leche materna y en cantidades insignificantes en las heces y el sudor.

2. Eficacia terapéutica

a. Episodios maníacos. El litio controla la manía aguda. Previene la recaída en cerca del 80% de los pacientes con trastorno bipolar I y en un porcentaje menor de individuos con manía disfórica o con características mixtas, trastorno bipolar con ciclos rápidos, abuso de sustancias comórbidas o encefalopatía. El litio solo en concentraciones terapéuticas ejerce sus efectos antimaníacos en 1-3 semanas. Por esta razón también se debe administrar una benzodiazepina (p. ej., clonazepam o lorazepam) o un agonista del receptor de dopamina (p. ej., haloperidol o clorpromazina) durante las primeras semanas para el control urgente de la manía.

b. Episodios depresivos. El litio es efectivo para el tratamiento del trastorno depresivo mayor y la depresión asociada con el trastorno bipolar I. Este fármaco ejerce un efecto antidepresivo parcial o completo en alrededor del 80% de los individuos con trastorno

bipolar I. Muchas personas toman litio y un antidepresivo como forma de mantenimiento a largo plazo para la enfermedad bipolar. La adición de valproato o carbamazepina a la terapia de litio generalmente se tolera bien, con poco riesgo de precipitación de la manía.

c. Mantenimiento. El tratamiento de mantenimiento con litio disminuye en gran medida la frecuencia, gravedad y duración de los episodios maníacos y depresivos en personas con trastorno bipolar I. Este fármaco proporciona una profilaxis relativamente más eficaz para la manía que para la depresión. Las estrategias antidepresivas suplementarias pueden ser necesarias de forma intermitente o continua.

Antes de administrar litio, el médico debe realizar una exploración física así como pruebas analíticas. Estas últimas deben incluir la medición de la concentración sérica de creatinina (o la concentración de creatinina en orina de 24 h si existe alguna razón para preocuparse por la función renal), detección de electrolitos, pruebas de función tiroidea (hormona estimulante de la tiroides [TSH, thyroid-stimulating hormone], triyodotironina y tiroxina), hemograma, ECG y prueba de embarazo en mujeres en edad fértil.

La dosis de inicio para la mayoría de las personas adultas es de 300 mg con la formulación de liberación regular, tres veces al día. En personas mayores o con insuficiencia renal debe ser de 300 mg una o dos veces al día. Una dosis final de entre 900 y 1200 mg/día por lo general produce una concentración terapéutica de 0.6-1 mEq/L, y una dosis de 1200-1800 mg/día, de 0.8-1.2 mEq/L. La dosis de mantenimiento puede administrarse dos o tres veces al día en su formulación de liberación regular o en una dosis única si se emplea la de liberación sostenida, la cual equivale a las dosis diarias combinadas de la formulación de liberación regular. El uso de dosis divididas reduce las molestias gástricas y evita las concentraciones elevadas individuales de litio.

B. Valproato. El valproato es un fármaco de primera línea para el tratamiento de episodios maníacos agudos en el trastorno bipolar, igual en eficacia y seguridad al litio. Las formulaciones disponibles incluyen ácido valproico, una mezcla 1:1 de ácido valproico y valproato sódico, y valproato sódico inyectable. Cada una es terapéuticamente equivalente porque, a pH fisiológico, el ácido valproico se disocia en el ion valproato.

I. Acciones farmacológicas. Todas las formulaciones de valproato se absorben con rapidez y por completo después de la administración oral. La vida media en estado estacionario del valproato es de aproximadamente 8- 17 h, y las concentraciones plasmáticas clínicamente

efectivas por lo general se pueden mantener con dosificación de una, dos, tres o cuatro veces al día. La unión a proteínas se satura y las concentraciones de valproato libre terapéuticamente eficaces aumentan a concentraciones séricas superiores a 50-100 µg/mL.

El valproato controla de forma eficaz los síntomas maníacos en alrededor de dos tercios de los pacientes con manía aguda. También reduce los síntomas psiquiátricos generales y la necesidad de dosis suplementarias de benzodiazepinas o agonistas del receptor de dopamina. Los individuos con manía en general responden 1-4 días luego de que las concentraciones séricas de valproato aumentan por encima de 50 µg/mL.

Las pautas clínicas, deben de contener la valoración pretratamiento, que debe incluir de forma rutinaria recuentos de leucocitos y plaquetas, concentraciones de transaminasas hepáticas y pruebas de embarazo, si corresponde. Se deben realizar estudios de amilasa y coagulación si se sospecha una enfermedad pancreática inicial o coagulopatía.

6.5 Estimulantes

A. Simpaticomiméticos (también llamados analépticos y psicoestimulantes). Los simpaticomiméticos son eficaces para el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Los simpaticomiméticos de primera línea son el metilfenidato, la dextroanfetamina y una nueva formulación de la asociación conocida entre dextroanfetamina y anfetamina. La pemolina se considera hoy en día un preparado de segunda línea, debido a su hepatotoxicidad, rara pero potencialmente mortal.

I. Acciones farmacológicas. Todos los medicamentos se absorben bien en el tubo digestivo. La dextroanfetamina y su reformulación alcanzan concentraciones plasmáticas máximas en 2-3 h y tienen una vida media de aproximadamente 6 h, por lo que es necesaria una dosificación diaria una o dos veces al día. El metilfenidato alcanza sus concentraciones plasmáticas máximas en 1-2 h y tiene una vida media corta de 2-3 h, por lo que es necesaria una dosificación diaria múltiple. Una formulación de liberación sostenida duplica la vida media efectiva del metilfenidato. Una nueva cápsula de bomba osmótica puede soportar los efectos del metilfenidato durante 12 h. El dimesilato de lisdexanfetamina se absorbe con rapidez en el tubo digestivo y se convierte en dextroanfetamina y L-lisina.

2. Eficacia terapéutica. Los simpaticomiméticos son eficaces en aproximadamente el 75% de los casos. Por lo general, el metilfenidato y la dextroanfetamina son igual de efectivos y funcionan en 15-30 min. Los fármacos disminuyen la hiperactividad, aumentan la atención y reducen la impulsividad. También pueden reducir las conductas de oposición comórbidas asociadas con el TDAH.

Muchas personas toman estos medicamentos durante su escolarización y posteriormente. En personas receptivas, el uso de un simpaticomimético puede ser un determinante crítico del éxito escolar. Éstos mejoran los síntomas centrales del TDAH: hiperactividad, impulsividad y falta de atención, y permiten una mejor interacción social con los maestros, la familia, otros adultos y compañeros.

El éxito del tratamiento a largo plazo del TDAH con simpaticomiméticos respalda el modelo que explica el origen de este trastorno como resultado de un desequilibrio neuroquímico determinado genéticamente que requiere un tratamiento farmacológico de por vida. Una comparación reciente entre medicamentos y abordajes psicosociales para el tratamiento del TDAH encontró un beneficio claro con el fármaco y poca mejoría con los tratamientos no farmacológicos.

La evaluación previa al tratamiento debe incluir una valoración de la función cardíaca del paciente, prestando especial atención a la presencia de hipertensión o taquiarritmias. El médico también debe examinar al paciente para detectar la presencia de trastornos motores (p. ej., tics y discinesia), debido a que estas afecciones pueden verse exacerbadas por la administración de simpaticomiméticos. Si hay tics, muchos expertos evitan los simpaticomiméticos y prefieren clonidina o antidepresivos. Sin embargo, datos recientes indican que los simpaticomiméticos sólo causan un leve aumento en los tics motores y pueden suprimir los tics vocales.

6.6 Otros fármacos

A. α_2 -agonistas adrenérgicos (clonidina y guanfacina). Estos fármacos se usan en psiquiatría para controlar los síntomas causados por la abstinencia de opiáceos y opioides, tratar el trastorno de Gilles de la Tourette, suprimir la agitación en el trastorno por estrés posttraumático y controlar el comportamiento agresivo o hiperactivo en niños, sobre todo aquellos con características autistas. Los efectos adversos más frecuentes asociados con la

clonidina son sequedad de boca y ojos, fatiga, sedación, mareos, náuseas, hipotensión y estreñimiento. Se observa un perfil de efectos adversos similar, pero más leve, con la guanfacina, sobre todo en dosis de 3 mg/día o más. La clonidina y la guanfacina no deben darse a adultos con presión arterial inferior a 90/60 mm Hg o con arritmias cardíacas, sobre todo bradicardia.

La clonidina, en particular, está asociada con la sedación y por lo general no se desarrolla tolerancia a este efecto adverso. Los efectos adversos poco frecuentes del SNC con la clonidina incluyen insomnio, ansiedad y depresión; los efectos adversos raros comprenden sueños vívidos, pesadillas y alucinaciones. La retención de líquidos asociada con el tratamiento con clonidina puede tratarse con diuréticos.

A. α_2 -agonistas adrenérgicos (clonidina y guanfacina). Estos fármacos se usan en psiquiatría para controlar los síntomas causados por la abstinencia de opiáceos y opioides, tratar el trastorno de Gilles de la Tourette, suprimir la agitación en el trastorno por estrés postraumático y controlar el comportamiento agresivo o hiperactivo en niños, sobre todo aquellos con características autistas. Los efectos adversos más frecuentes asociados con la clonidina son sequedad de boca y ojos, fatiga, sedación, mareos, náuseas, hipotensión y estreñimiento. Se observa un perfil de efectos adversos similar, pero más leve, con la guanfacina, sobre todo en dosis de 3 mg/día o más.

La clonidina y la guanfacina no deben darse a adultos con presión arterial inferior a 90/60 mm Hg o con arritmias cardíacas, sobre todo bradicardia. La clonidina, en particular, está asociada con la sedación y por lo general no se desarrolla tolerancia a este efecto adverso. Los efectos adversos poco frecuentes del SNC con la clonidina incluyen insomnio, ansiedad y depresión; los efectos adversos raros comprenden sueños vívidos, pesadillas y alucinaciones. La retención de líquidos asociada con el tratamiento con clonidina puede tratarse con diuréticos.

B. Antagonistas de los receptores β -adrenérgicos. Los antagonistas del receptor β -adrenérgico (p. ej., propranolol, pindolol) son eficaces periféricamente y como agentes de acción central para el tratamiento de la fobia social (p. ej., ansiedad de rendimiento), temblor postural inducido por el litio y acatisia aguda inducida por neurolepticos, así como para el control del comportamiento agresivo.

Los antagonistas del receptor β -adrenérgico están contraindicados para su uso en personas con asma, diabetes insulino dependiente, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad vascular significativa, angina persistente e hipertiroidismo. Los efectos adversos más frecuentes de los antagonistas del receptor β -adrenérgico son hipotensión y bradicardia.

C. Anticolinérgicos y amantadina. En la práctica clínica de la psiquiatría, los fármacos anticolinérgicos se emplean sobre todo para tratar los trastornos motores inducidos por medicamentos, en particular el parkinsonismo y la distonía aguda provocado por neurolepticos, y el temblor postural inducido por fármacos.

D. Antagonistas de los receptores de N-metil-D-aspartato. El clorhidrato de memantina está aprobado para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

1. Eficacia terapéutica. Este fármaco se une a los canales catiónicos operados por el receptor N-metil-D-aspartato que activan el glutamato. El glutamato es un neurotransmisor esencial para el aprendizaje y la memoria: si se incrementa su actividad, pueden mejorar ambos.

2. Posología y vía de administración. La memantina se absorbe por completo y con rapidez después de la administración oral. Las concentraciones máximas en plasma se alcanzan a las 3-7 h, y duran alrededor de 60-80 h. La memantina se excreta por los riñones. Los pacientes con insuficiencia renal deben reducir la dosis.

E. Pregabalina. La pregabalina es el único fármaco aprobado para el tratamiento de la fibromialgia. Disminuye la liberación de neurotransmisores excitatorios (glutamato, sustancia P y noradrenalina). Da alivio rápido desde la primera semana con reducción del dolor y ha demostrado alivio sostenido en un estudio de 6 meses. Los efectos adversos frecuentes incluyen mareos, somnolencia, xerostomía, edema, aumento de peso y estreñimiento.

Puede causar angioedema mortal y debe suspenderse de inmediato si aparecen síntomas. Se comercializa en comprimidos de 25, 50, 75, 100, 150, 200, 250 y 300 mg. Se recomienda tomar 300 mg/día en dosis divididas, que pueden aumentar a 450 mg/día. Algunos estudios sugieren su eficacia en el trastorno de ansiedad generalizada, pero hasta ahora no ha sido aprobado por la FDA y se usa sin su aprobación.

F. Ropinirol. Es el primer y único medicamento aprobado por la FDA para el tratamiento del síndrome de piernas inquietas primario moderado a grave. La dosis inicial es de 0.25 mg, 1-3 h antes de acostarse. La dosis puede aumentarse con base en la respuesta clínica y la tolerabilidad. Las reacciones adversas más frecuentes con esta dosis son cefalea, náuseas y vómitos. Los efectos secundarios más graves incluyen síncope o hipotensión sintomática, sobre todo durante el tratamiento inicial o el ajuste de la dosis.

6.7 Suplementos nutricionales y alimentos médicos

En la actualidad, se comercializan miles de suplementos herbolarios y dietéticos. En caso de decidir tomar sustancias fitoterapéuticas o suplementos nutricionales, se debe tener en cuenta que su uso se realiza a expensas de intervenciones demostradas, y que es posible que se produzcan efectos adversos. Los suplementos herbolarios y no herbolarios pueden aumentar o antagonizar los efectos de los fármacos, ya sean prescritos o de venta sin receta.

A. Suplementos nutricionales. Los términos suplemento nutricional y suplemento dietético se utilizan con frecuencia como sinónimos. Los ingredientes pueden ser vitaminas, minerales, hierbas, plantas, aminoácidos y sustancias como enzimas, tejidos, glándulas y metabolitos. Las regulaciones para estos productos son más laxas que para los fármacos de prescripción y de venta sin receta. Los suplementos nutricionales no necesitan la autorización de la FDA, que no evalúa su eficacia.

B. Alimentos medicinales. Recientemente, la FDA ha introducido una nueva categoría de suplementos nutricionales denominados alimentos medicinales. El alimento medicinal se define como “un alimento que se formula para consumir o administrar por vía enteral bajo la supervisión de un médico y que se destina al tratamiento dietético específico de una enfermedad o trastorno para el cual se han establecido, mediante evaluación médica, requerimientos nutricionales distintivos con base en principios científicos reconocidos”.

C. Fitomedicamentos. El término fitomedicamentos (del griego phyto, que significa “planta”) hace referencia a los preparados de hierbas y plantas que se utilizan o se han utilizado durante siglos para el tratamiento de diferentes afecciones. Se clasifican como suplementos dietéticos, no como productos farmacológicos, y están exentos de las regulaciones que afectan a los medicamentos de venta con receta y sin ella.

Fuentes bibliográficas de cuarta unidad

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization.
- *Psiquiatría Clínica*. Sadock 2010. 7ª Ed.
- *Manual De Bolsillo De Psiquiatría Clínica*. Sadock, J. Benjamín/ Kaplan editorial LWW 2010. 7ª Ed.