



Nombre de alumnos: Mejía González Miriam

Nombre del profesor: Bayron Iram Vidals Campose

Nombre del trabajo: Ensayo

Materia: Psicopatología II

Grado: 7°

Grupo: "A"



Frontera Comalapa, Chiapas a 18 de octubre de 2020.

DELIRIUM

En relación con el diagnóstico diferencial de los pacientes con síntomas de delirium y tomando en cuenta que hay distintos tipos de delirium, en general el delirium se tomará en este artículo como una desvariación y estar perturbado de la razón por una enfermedad o una pasión violenta, aquel debe realizarse en relación con la presencia de deterioro cognoscitivo, incluyendo demencia. Estos trastornos se pueden presentar de forma conjunta, lo que hace más difícil su valoración. Los trastornos cognoscitivos como la pérdida de memoria son frecuentes tanto en el delirium como en la demencia; a pesar de esto el paciente con demencia suele estar alerta y no tiene trastorno alguno del nivel de conciencia o del estado de vigilancia típicos del delirium. La valoración de la forma de inicio de los síntomas y el tiempo de evolución del déficit cognoscitivo y el curso temporal, así como la reversibilidad de las alteraciones cognoscitivas, son útiles para distinguir entre el delirium y la demencia. También la fluctuación de la sintomatología de delirium constituye otra diferencia con respecto a la demencia. La información de la historia clínica y de otros cuidadores, así como de los miembros de la familia, será útil para determinar la presencia de demencia antes de iniciar un delirium.

En la mayoría de los casos, los síntomas se presentan al cabo de 48 a 96 horas después de la última bebida. Sin embargo pueden ocurrir de 7 a 10 días después del último trago.

Los síntomas pueden empeorar rápidamente y pueden incluir: •delirio, que es una confusión grave y repentina, •temblores corporales, •cambios del estado mental, •agitación, irritabilidad, •sueño profundo que persiste durante un día o más, •excitación o miedo, •alucinaciones (ver o sentir cosas que no existen), •arranques de energía, •rápidos cambios en el estado de ánimo, •inquietud, •sensibilidad a la luz, los sonidos, el tacto, •estupor, somnolencia, •fatiga

Convulsiones (pueden ocurrir sin otros síntomas de delirium tremens): •más comunes en las primeras 12 a 48 horas después del último trago, •más comunes en personas con complicaciones previas por abstinencia alcohólica, •por lo regular convulsiones tonicoclónicas generalizadas.

Síntomas de abstinencia alcohólica, como: Ansiedad, depresión, fatiga, dolor de cabeza. insomnio (dificultad para conciliar el sueño y permanecer dormido), irritabilidad o excitabilidad, pérdida del apetito, náuseas, vómitos, nerviosismo, alteración, temblor, palpitaciones (sensación de percibir los latidos cardíacos), piel pálida, cambios emocionales rápidos, sudoración, en especial en la cara o en las palmas de las manos.

Otros síntomas que se pueden presentar son: Dolor torácico, fiebre, dolor estomacal

El tratamiento ha de ser en primer término etiológico y estar basado en el estudio de los posibles factores causales y en la identificación y neutralización de los factores desencadenantes. En segundo término, se deberá instaurar un tratamiento sintomático con medicamentos y/o medidas ambientales, con el fin de controlar los síntomas conductuales o psicóticos y mejorar las funciones cognitivas. El tratamiento con neurolepticos es el tratamiento de elección para los síntomas psicóticos del delirium. Por tanto, son útiles especialmente en los delirium de tipo hiperactivo (con ideación delirante, alucinaciones y/o agitación psicomotora) aunque también estarían indicados en los delirium de tipo hipoactivo, en los que actuarían mejorando la integración de las funciones cognitivas. Además, los neurolepticos tienen una efectividad terapéutica rápida y se muestran superiores a las benzodiazepinas en los casos de delirium que no son debidos a privación de alcohol o de tranquilizantes. El haloperidol sigue considerándose por muchos autores como el neuroleptico de elección por su equilibrio entre la efectividad antipsicótica y la escasez de efectos colaterales (pocos efectos adversos circulatorios, anticolinérgicos, cardiotóxicos, ausencia de depresión del centro respiratorio y posible administración por cualquier vía, incluyendo la endovenosa). Las dosis variarán según la vía de administración, la edad del paciente y la presencia de efectos adversos extrapiramidales. Se sugiere el uso inicial de una dosis creciente de 1-2mg día, que se puede incrementar en intervalos de una hora hasta 10 mg/día según la respuesta obtenida. Si no se puede controlar la agitación, o es muy aparatosa, se sugiere el uso de 2,5mg i.m. o e.v. cada hora, hasta controlar los síntomas o hasta que aparezcan efectos secundarios extrapiramidales. Con la aparición de los nuevos neurolepticos, se ha logrado reducir de forma sustancial los efectos adversos de los neurolepticos clásicos, con una eficacia similar en cuanto a la remisión de los síntomas psicóticos, gracias a que estos fármacos

bloquean más selectivamente la neurotransmisión dopaminérgica y serotoninérgica: la olanzapina a dosis de 2,5 a 10 mg y la risperidona a dosis entre 1 y 6 mg han demostrado su seguridad y efectividad y un perfil equilibrado en el tratamiento de los síntomas psicóticos en pacientes geriátricos. En el tratamiento de los delirium causados por abstinencia de alcohol o tranquilizantes, es fundamental instaurar un tratamiento sustitutivo con benzodiazepinas, que jugarán el doble papel de prevenir el delirium y sedar al paciente. Su asociación con neurolépticos estará indicada para hacer posible un equilibrio que permita el tratamiento etiológico y sintomático. Dentro de las benzodiazepinas se sugiere el uso de loracepam, por su fácil eliminación, su vida media corta y su improbable acumulación. Requiere ajustar las dosis según la edad, el peso, la función hepática, la magnitud de los síntomas de abstinencia y el consumo previo. Recientemente, se han abierto líneas de investigación con fármacos procolinérgicos (inhibidores de la acetilcolinesterasa) y con mediadores en la respuesta de las citoquinas, pero no hay datos concluyentes que avalen su eficacia clínica.

Los objetivos del tratamiento son: Salvar la vida de la persona, aliviar los síntomas, prevenir complicaciones. Se requiere hospitalización. El equipo médico regularmente verifica: Los resultados del análisis bioquímico de la sangre (como los niveles de electrolitos), nivel de líquidos en el cuerpo, signos vitales (temperatura, pulso, frecuencia respiratoria y presión arterial). Durante su estancia en el hospital, la persona recibirá medicamentos para: mantenerse tranquila y relajada (sedada) hasta que pase el delirium tremens, tratar convulsiones, ansiedad o temblores, tratar los trastornos mentales, de haberlos.

El tratamiento preventivo a largo plazo debe comenzar después de que la persona se recupere de los síntomas de delirium tremens. Esto puede involucrar: •Un período de "desalcoholización", durante el cual no se permite el consumo de alcohol, •dejar el alcohol de forma total y de por vida (abstinencia), •asesoría, •asistir a grupos de apoyo (como alcohólicos anónimos).

Puede ser necesario dar tratamiento a otros problemas de salud que pueden ocurrir con el consumo de alcohol, incluso: Miocardiopatía alcohólica, hepatopatía alcohólica, neuropatía alcohólica, síndrome de wernicke-korsakoff.

Ahora, hablando de los trastornos neurocognitivos mayores y menores, según la DSM (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) Cuando una persona común usa drogas o alcohol, experimenta una subida durante un cierto período de tiempo, después del cual los efectos se desvanecen y vuelven a la normalidad. Las personas que se drogan con regularidad podrían ver cambios en sus emociones diarias, conducta y niveles de energía como resultado de su consumo. Incluso pueden desarrollar una dependencia de estas drogas, conocida como adicciones o trastornos por uso de sustancias. Sin embargo, hay un pequeño porcentaje de personas que experimentan algo diferente conocido como el trastorno inducido por sustancias (SID, por sus siglas en inglés).

El SID ocurre cuando una droga o medicamento desencadena una condición de salud mental en la persona que los tomó. No son iguales a los trastornos por consumo de sustancias. En vez, el SID provoca síntomas como la depresión, la ansiedad o psicosis que perduran después de que se ha terminado su subidón. Antes de la ingesta, estos síntomas no estaban presentes. Los trastornos inducidos por sustancias varían en intensidad de leve a severo. Pueden ocurrir junto con otras condiciones de salud mental, sin embargo, estas condiciones no se consideran “inducidas por sustancias”. Solo los síntomas que ocurren directamente después del uso de sustancias figuran en el diagnóstico. Un gran rango de sustancias puede desencadenar un trastorno inducido por sustancias. Los más comunes son el alcohol, cafeína, cocaína, metanfetaminas, alucinógenos, nicotina, opiáceos y sedantes/benzodiacepinas. Los SID suelen ser reversibles mediante la desintoxicación del cuerpo de la sustancia y seguir con métodos de tratamiento que incluyen terapia o medicación.

Dentro del espectro de trastornos inducidos por sustancias, hay tres categorías distintas: intoxicación, abstinencia y trastornos mentales inducidos por sustancias. La intoxicación da explicación a los cambios fisiológicos que ocurren cuando se usa una sustancia, como la euforia, las alucinaciones, la alteración del juicio, el estado de ánimo elevado y la beligerancia, entre otros. El síndrome de abstinencia explica los cambios fisiológicos que ocurren después de que se deja de usar una sustancia, como náuseas, vómitos y temblores.

Luego hay los trastornos mentales inducidos por sustancias. Los síntomas de estos trastornos coinciden con los síntomas de sus equivalentes no relacionados con las sustancias. Por ejemplo, el trastorno bipolar inducido por sustancias tiene los mismos síntomas que el trastorno bipolar. La única diferencia es cómo se “disparó” la condición. Hablando del tratamiento, el primer paso es la desintoxicación. La persona debe dejar de usar la sustancia o sustancias disponibles. A menudo, los síntomas desaparecen una vez que la droga ha salido del sistema de la persona. En los casos donde los síntomas siguen presentes, una combinación de opciones de tratamiento pueden ser consideradas, incluyendo la rehabilitación, la terapia conductual, intervenciones familiares y medicamentos.

Las psicoterapias como la terapia conductiva conductual (TCC) y la entrevista motivacional pueden ayudar a una persona reformular su relación con diferentes sustancias, y encontrar la fuerza de voluntad para superar cualquier adicción que hayan formado. La terapia familiar multidimensional puede ayudar a una familia con un adolescente que lucha contra la adicción encontrar maneras productivas de afrontar y curarse juntos. Otros programas que ayudan pueden ser los grupos de apoyo como Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos. Dependiendo de la situación, también se podrían recomendar los medicamentos. Alguien con depresión inducida por sustancias podría ser recetado antidepresivos para elevar su estado de ánimo, o alguien con una psicosis inducida por sustancias podría ser recetado antipsicóticos. En los casos graves se podría requerir hospitalización.

Pasando a los trastornos neurocognitivos por la enfermedad de parkinson, que es un trastorno degenerativo lentamente progresivo caracterizado por temblor de reposo, rigidez, lentitud y disminución de los movimientos (bradicinesia) e inestabilidad de la marcha y/o postural. El diagnóstico es clínico. El tratamiento tiene como objetivo restaurar la función dopaminérgica en el cerebro con levodopa más carbidopa u otros fármacos (p. ej., agonistas de dopamina, inhibidores de la MAO tipo B [MAO-B], amantadina). Para los síntomas refractarios e incapacitantes en pacientes sin demencia, la estimulación cerebral profunda estereotáctica o la cirugía lesional pueden ayudar. En la mayoría de los pacientes, los síntomas de la enfermedad de Parkinson comienzan de forma insidiosa.

El temblor de reposo de una mano es muchas veces el primer signo. El temblor se caracteriza porque: Es lento y grueso, es máximo en reposo, disminuye durante el movimiento y está ausente durante el sueño, la amplitud aumenta con la tensión emocional o la fatiga, a menudo afecta la muñeca y los dedos, a veces con el pulgar que se mueve contra el dedo índice (rodadura de píldora), como cuando las personas hacen rodar una píldora en sus manos o manipulan un objeto pequeño.

Por lo general, las manos o los pies se afectan primero, más a menudo de forma asimétrica. También pueden afectarse la mandíbula y la lengua, pero no la voz. El temblor puede volverse menos sobresaliente a medida que la enfermedad progresa. La rigidez se presenta independientemente del temblor en muchos pacientes. Cuando un médico moviliza una articulación rígida, aparecen sacudidas semirrítmicas a causa de las variaciones en la intensidad de la rigidez, lo que genera un efecto similar al diente de un engranaje (rigidez en rueda dentada). Los movimientos lentos (bradicinesia) son típicos. El movimiento también disminuye en amplitud (hipocinesia) y aparece dificultad para iniciarlo (acinesia).

La rigidez y la hipocinesia pueden contribuir con los dolores musculares y las sensaciones de cansancio. El rostro se vuelve similar a una máscara (hipomímico), con la boca abierta y una disminución del parpadeo. La salivación excesiva (sialorrea) puede contribuir a la discapacidad. La palabra se vuelve hipofónica, a veces con una disartria monótona y titubeante característica. La hipocinesia y el deterioro del control de los músculos distales producen micrografía (escritura en letras muy pequeñas) y dificultan cada vez más las actividades de la vida diaria. Sin advertencia, los movimientos voluntarios, que incluyen la deambulación, pueden detenerse súbitamente (lo que se denomina congelamiento de la marcha).

Puede aparecer inestabilidad postural, que conduce a caídas, en un período más tardío en la enfermedad de Parkinson. Los pacientes tienen dificultad para comenzar a caminar, girar y detenerse. Ellos arrastran los pies, con pasos cortos, sosteniendo sus brazos flexionados a la cintura, y moviendo sus brazos poco o nada con cada zancada. Los pasos pueden inadvertidamente acelerarse, mientras que la longitud de zancada se acorta progresivamente; esta anormalidad de la marcha, llamada festinación, es a

menudo un precursor de la congelación de la marcha. Una tendencia a caerse hacia adelante (propulsión) o hacia atrás (retropulsión) cuando se desplaza el centro de gravedad es el resultado de la pérdida de reflejos posturales. La postura se torna inclinada.

La demencia se desarrolla en alrededor de un tercio de los pacientes, por lo general en una fase tardía de la enfermedad de Parkinson. Los primeros predictores de su desarrollo son el deterioro visuoespacial (p. ej., perderse durante la conducción de vehículos) y la disminución de la fluidez verbal.

Son frecuentes los trastornos del sueño. El insomnio puede ser el resultado de la nocturia o de la incapacidad para girar en la cama. Puede desarrollarse un trastorno de conducta del sueño de movimientos oculares rápidos (REM); en él aparecen episodios violentos de actividad física durante esta etapa del sueño porque la parálisis que normalmente ocurre durante el sueño REM está ausente. La privación del sueño puede exacerbar la depresión y el deterioro cognitivo, y contribuye a una somnolencia diurna excesiva. Recientemente estudios han demostrado que el trastorno de conducta del sueño REM es un marcador de sinucleinopatías e indica mayor riesgo de desarrollar demencia con cuerpos de Lewy o demencia de la enfermedad de Parkinson.

Los síntomas neurológicos no relacionados con el parkinsonismo aparecen habitualmente porque la sinucleinopatía ocurre en otras áreas del sistema nervioso central, periférico y autónomo.

Una dismotilidad del intestino grueso, que contribuye al estreñimiento. Estranguria o urgencia miccional, que potencialmente conducen a la incontinencia (frecuente), anosmia (frecuente). En algunos pacientes, algunos de estos síntomas aparecen antes de los síntomas motores de la enfermedad de Parkinson y con frecuencia empeoran con el tiempo.

Para tratar este trastorno, muchos agentes orales se utilizan habitualmente para aliviar los síntomas de la EP. La levodopa es el tratamiento más eficaz. Sin embargo, cuando la enfermedad de Parkinson está avanzada, a veces poco después del diagnóstico, la respuesta a la levodopa puede desaparecer, y causa fluctuaciones en los

síntomas motores y discinesias (véase más abajo). Para reducir el tiempo en que se toma levodopa y así minimizar estos efectos, los médicos pueden considerar el tratamiento de los pacientes más jóvenes que tienen discapacidad leve con los siguientes elementos: Inhibidores de la MAO-B (selegilina, rasagilina), agonistas de la dopamina (p. ej., pramipexol, ropinirol, rotigotina), amantadina (que también es la mejor opción cuando se trata de reducir las discinesias de la dosis máxima).

Sin embargo, si estos medicamentos no controlan suficientemente los síntomas, los médicos deben iniciar con prontitud la levodopa, ya que por lo general se puede mejorar en gran medida la calidad de vida. La evidencia sugiere ahora que la levodopa se vuelve ineficaz debido a progresión de la enfermedad en lugar de la exposición acumulativa a la levodopa, como se creía previamente, el uso de levodopa tan temprano probablemente no acelere la ineficacia del fármaco. Las dosis muchas veces se reducen en los ancianos. Deben evitarse los fármacos que producen o agravan los síntomas, sobre todo los antipsicóticos.

Por último los trastornos de la alimentación son afecciones graves que se relacionan con las conductas alimentarias que afectan negativamente la salud, las emociones y la capacidad de desempeñarte en áreas importantes de la vida. Los trastornos de la alimentación más frecuentes son la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, y el trastorno alimentario compulsivo. La mayoría de los trastornos de la alimentación se caracterizan por fijar excesivamente la atención en el peso, la figura corporal y la comida, lo que causa conductas alimentarias peligrosas. Estas conductas pueden tener una repercusión considerable en la capacidad del cuerpo para obtener la nutrición adecuada. Los trastornos de la alimentación pueden causar daños en el corazón, el aparato digestivo, los huesos, los dientes y la boca, y derivar en otras enfermedades. Con frecuencia, estos trastornos se manifiestan en la adolescencia y los primeros años de la adultez, aunque pueden aparecer a otras edades. Con tratamiento, puedes volver a tener hábitos alimentarios más saludables y, a veces, revertir las complicaciones graves causadas por el trastorno de la alimentación.

Los síntomas varían en función del tipo de trastorno de la alimentación. La anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno alimentario compulsivo son los trastornos de la alimentación más frecuentes. Otros trastornos de la alimentación

comprenden el trastorno de rumiación y el trastorno por evitación o restricción de la ingesta de alimentos.

La anorexia nerviosa, a menudo simplemente denominada «anorexia», es un trastorno de la alimentación potencialmente mortal que se caracteriza por un peso corporal anormalmente bajo, un gran temor a aumentar de peso y una percepción distorsionada del peso o de la figura corporal. Las personas con anorexia hacen todo lo posible por controlar el peso y la figura corporal, lo que frecuentemente afecta de manera importante la salud y las actividades cotidianas. Cuando tienes anorexia, limitas en exceso la ingesta de calorías o usas otros métodos para bajar de peso; por ejemplo, te ejercitas de forma desmesurada, tomas laxantes o suplementos dietéticos, o vomitas después de comer. Los esfuerzos para bajar de peso, incluso cuando el peso corporal es bajo, pueden causar problemas de salud graves al punto de morir de hambre.

La bulimia nerviosa, llamada frecuentemente «bulimia», es un trastorno de la alimentación grave y potencialmente mortal. Cuando padeces bulimia, tienes episodios de atracones y purgas que incluyen la sensación de pérdida de control sobre tu alimentación. Muchas personas con bulimia también restringen lo que comen durante el día, lo que suele causar más episodios de atracones y purgas. Durante estos episodios, es normal que consumas una gran cantidad de alimentos en un tiempo corto, para luego intentar deshacerte de las calorías extra de una manera poco saludable. Debido a la culpa, la vergüenza y el temor intenso a aumentar de peso por comer en exceso, puedes provocarte vómitos, puedes ejercitarte desmesuradamente o puedes usar otros métodos, como los laxantes, para deshacerte de las calorías. Si tienes bulimia, probablemente te preocupe tu peso y tu figura corporal, y tal vez te juzgues con severidad y dureza por los defectos que son producto de tu autopercepción. Puedes tener un peso normal o, incluso, un poco de sobrepeso.

Cuando tienes el trastorno alimentario compulsivo, habitualmente comes en exceso (atracon) y tienes la sensación de pérdida de control sobre lo que comes. Puedes comer con rapidez o consumir más alimentos de los que tienes pensado, incluso cuando no tienes apetito, y seguir comiendo mucho tiempo después de sentirte demasiado lleno. Después de un atracón, puedes sentir culpa, enojo o vergüenza por la conducta y por la cantidad de alimentos consumidos. Sin embargo, no intentas compensar esta conducta

con el ejercicio desmesurado o la purga, tal como lo haría una persona bulímica o anoréxica. La vergüenza puede provocar que comas solo para ocultar tus atracones. Por lo general, se produce una nueva ronda de atracones por lo menos una vez a la semana. Puedes tener un peso normal, sobrepeso u obesidad.

El trastorno de rumiación es la regurgitación repetida y continua de los alimentos después de comer, pero que no se debe a una enfermedad ni a otro trastorno de la alimentación, como anorexia, bulimia o trastorno alimentario compulsivo. La comida vuelve a la boca sin náuseas ni arcadas, y puede que la regurgitación no sea intencional. A veces, los alimentos que se regurgitan se mastican nuevamente y se vuelven a tragar, o bien se escupen. El trastorno puede derivar en desnutrición, si los alimentos se escupen o si la persona come mucho menos para evitar la conducta. El trastorno de rumiación puede ser más frecuente en los niños pequeños o en las personas que tienen una discapacidad intelectual.

Trastorno por evitación o restricción de la ingesta de alimentos, se caracteriza por no alcanzar los requerimientos nutricionales diarios mínimos por la falta de interés en alimentarse; es decir, evitas las comidas con determinadas características sensoriales, como el color, la textura, el aroma o el sabor; o bien estás preocupado por las consecuencias al comer, como el temor a atragantarse. No evitas alimentos por temor a aumentar de peso. El resultado del trastorno puede ser un adelgazamiento significativo o la imposibilidad de aumentar de peso en la niñez, así como deficiencias nutricionales que pueden acarrear problemas de salud.

El tratamiento de un trastorno de la alimentación generalmente incluye un enfoque de equipo. Por lo general, en el equipo participan médicos de cabecera, profesionales de salud mental y dietistas, todos con experiencia en trastornos de la alimentación. El tratamiento depende del tipo específico de trastorno de la alimentación que tienes. Pero, en general, suele incluir educación sobre alimentación, psicoterapia y medicamentos. Si tu vida está en riesgo, es posible que necesites una internación inmediata.

Alimentación saludable: Sin importar tu peso, los miembros del equipo pueden trabajar contigo a fin de diseñar un plan para ayudarte a adquirir hábitos alimentarios saludables.

Psicoterapia: La psicoterapia, también llamada «terapia conversacional», puede enseñarte cómo reemplazar los hábitos poco saludables por aquellos que son saludables. Esto puede comprender lo siguiente:

Terapia familiar. La terapia familiar es un tratamiento basado en la evidencia para los niños y los adolescentes que tienen trastornos de la alimentación. La familia participa y se asegura de que el niño u otro miembro de la familia siga pautas de alimentación saludable y mantenga un peso saludable.

Terapia cognitivo-conductual: La terapia cognitivo-conductual se usa con frecuencia en el tratamiento del trastorno de la alimentación, sobre todo en el caso de la bulimia y del trastorno alimentario compulsivo. Aprendes a controlar y mejorar tus hábitos alimentarios y tus estados de ánimo, a tener la capacidad para resolver problemas y a explorar maneras saludables de afrontar las situaciones estresantes.

Medicamentos: Los medicamentos no pueden curar un trastorno de la alimentación. Sin embargo, algunos medicamentos pueden ayudarte a controlar la necesidad de darte un atracón o realizar una purga, o a controlar el exceso de preocupación por los alimentos y la dieta. Los medicamentos tales como antidepresivos y medicamentos para la ansiedad pueden ayudar con los síntomas de la depresión o la ansiedad, que suelen estar relacionadas con los trastornos de la alimentación.

Hospitalización: Si tienes problemas de salud graves, como desnutrición grave a causa de la anorexia, el médico puede recomendar que te hospitalicen. Algunas clínicas se especializan en el tratamiento de personas con trastornos de la alimentación. Algunas pueden ofrecer programas de tratamiento diurno, en lugar de la hospitalización completa. Los programas especializados para los trastornos de la alimentación tal vez ofrezcan tratamientos más intensivos que duran más tiempo.

Teoría de redes de los trastornos mentales: El modelo de red de los trastornos mentales representa una estructura compuesta de nodos o síntomas conectados de manera directa o indirecta.

El conjunto de síntomas de los trastornos mentales constituye la asociación de rasgos clínicos observados en la práctica médica, en la cual la manifestación de un síntoma puede provocar la incidencia de otra condición en una red que se reproduce en cada paciente, de manera específica y característica, en un contexto en el que los desencadenantes son diversos y son objeto de estudio de la psiquiatría y la psicología clínica (análisis estadístico de los datos recogidos).

Millon (1981) que provee una visión basada en la teoría del aprendizaje social, atribuye un papel central a la falta de sentimiento de identidad claro y consistente en los individuos borderline. Argumenta que esta falta de sentimiento de identidad claro, es un producto de factores biopsicosociales combinado con la imposibilidad de un desarrollo exitoso del sentimiento de identidad. Debido a que un aspecto de la falta de sentimiento definido de identidad es la falta de metas claras y consistentes, el resultado es la pobre coordinación de sus actos, el bajo control de sus impulsos y la falta de logros consistentes. Como resultado de esta falta de estrategia para lidiar con los problemas que surgen, estos individuos afrontan pobremente sus emociones y los problemas que pueden surgir. Millon sugiere que como consecuencia los pacientes borderline se vuelven dependientes de otros para lograr protección y reaseguro, y muy sensibles a cualquier signo de posible separación de esta fuente de apoyo. Sostiene asimismo, que esta situación es complejizada por la existencia de conflictos en torno la dependencia, la falta de seguridad en sí mismos, la falta de asertividad y la toma de conciencia de que, sentirse entrampados en el depender, les provoca ira y puede generar la pérdida de la seguridad que les brinda esa misma dependencia.

Dicha red, construida a partir de nodos (síntomas) y sus conexiones, explica la psicopatología del trastorno mental y presenta un enfoque diferente de lo que se considera "problemas de la vida", en contraposición a los criterios diagnósticos vertidos en el DSM-5 y el ICD-10, en los cuales las diversas alteraciones observadas en estos trastornos constituyen síntomas y por ende manifestaciones de una enfermedad. En este sentido, se ha postulado que a diferencia de las enfermedades como el cáncer, en los trastornos mentales no existen mecanismos subyacentes indicativos del desarrollo de estas alteraciones, lo que representa la heterogeneidad de estas manifestaciones. Asimismo, los síntomas persisten en la red debido a un esquema de retroalimentación positiva, que los refuerza y determina el establecimiento del trastorno.

Linehan (1998) presenta una conceptualización más comportamental, la terapia dialéctica conductual. Su punto de vista es que una disfunción en la regulación de las emociones es el núcleo del trastorno de personalidad borderline, y que su base es probablemente de origen psicosocial. Entiende que esta disfunción es la responsable de la reacción desmedida y dramática a los sucesos, y de los actos impulsivos de los individuos borderline. También plantea la hipótesis de que en el transcurso de su desarrollo, estos individuos tienen un gran número de experiencias con otros significativos quienes desacreditan sus experiencias emocionales, e insisten en que las personas que podrían estar cercanas a padecer este trastorno manifiesten una actitud positiva a pesar de su estrés. Como resultado, estos individuos (quienes ya poseían una predisposición a tener respuestas emocionales desproporcionadas) reciben un entrenamiento inadecuado en aptitudes para regular sus emociones, y al mismo tiempo a tener una actitud punitiva hacia sus propias emociones.

La actitud punitiva y el miedo realista a no ser capaz de controlar emociones intensas, bloquean la posibilidad de tolerar emociones fuertes el tiempo suficiente para lamentar las pérdidas significativas. Por lo cual, como las pérdidas ocurren, los individuos experimentan un duelo que los desborda. La combinación de respuestas emocionales intensas, habilidades inadecuadas para regular las emociones, comportamiento impulsivo y una actitud crítica hacia sus propias emociones resultan en una serie de crisis, y frecuentes dificultades en sus capacidades de afrontamiento, a pesar de sus esfuerzos. Esto los lleva a concluir que deben depender necesariamente de otros en muchas situaciones. Sin embargo, habiendo aprendido que es necesario mantener una actitud positiva, los individuos no son capaces de pedir ayuda de manera asertiva, o de revelar sus verdaderas necesidades. En consecuencia, mantienen una fachada competente mientras intentan obtener ayuda de otros, sutil e indirectamente. Pero, las respuestas emocionales fuertes de estos individuos y sus actos impulsivos dificultan que sean consistentes en esta búsqueda de ayuda.

El objetivo del presente trabajo fue explicar mediante el modelo de redes las características y factores determinantes de los trastornos mentales y las estrategias terapéuticas posibles en su resolución. La psicopatología del trastorno mental es

compleja, ya que se encuentra representada por una red de síntomas que interactúan de manera específica

La red que describe la naturaleza de un trastorno mental representa síntomas interrelacionados, de manera que la manifestación de uno de estos síntomas determina la generación de un nuevo rasgo clínico (como consecuencia del insomnio se produce fatiga), es decir, existe una conexión directa entre ellos y por ende en una sincronización en su activación. Cabe destacar que la generación de la relación entre los síntomas en la red obedece no sólo a factores biológicos primarios (la imposibilidad de descanso nocturno provoca fatiga) o a su dependencia conjunta de los mecanismos homeostáticos que regulan las funciones en el organismo, sino asimismo a los condicionamientos sociales o psicológicos. Dichos condicionamientos se encuentran fuera de la red y pueden ser los desencadenantes de los síntomas en esta estructura, como el estado depresivo provocado por la pérdida de una pareja. Asimismo, ciertos trastornos mentales como alucinaciones y delirio pueden correlacionarse con la presencia de alteraciones en los procesos cerebrales (factor biológico externo a la red).

Es importante mencionar que los síntomas en la red que explican el trastorno pueden encontrarse también en una relación indirecta, de manera que si consideramos que el paciente que presenta una alteración del sueño como el insomnio experimenta culpa, es posible que este sentimiento sea generado por su conexión directa con otros síntomas como dificultades cognitivas o pérdida de interés, los que son provocados en primera instancia por el insomnio. En consecuencia, la psicopatología del trastorno mental es compleja, ya que se encuentra representada por una red de síntomas que interactúan de manera específica.

Asimismo, la relación directa entre síntomas determina una manifestación conjunta de las características del trastorno mental, en la que cada nodo en la red se refiere a un rasgo clínico descrito en los manuales diagnósticos. No obstante, resulta fundamental para determinar esta correspondencia que los factores desencadenantes de los síntomas, que se encuentran fuera de la red, sean incluidos en los criterios enunciados en dichos manuales (alteraciones genéticas, psicológicas o en los procesos cerebrales, entre otras).

Es frecuente la asociación en la incidencia de síntomas de trastornos mentales diferentes. Cabe destacar que es frecuente la asociación en la incidencia de síntomas de trastornos mentales diferentes; es decir, si un paciente experimenta alteraciones cognitivas y fatiga, debido a que padece insomnio provocado por el trastorno de estrés posttraumático (TEPT), los síntomas generados por la alteración del sueño se encuentran asimismo en la red que explica el trastorno depresivo mayor (TDM) y de ansiedad generalizada (TAG).

Por otra parte, el TEPT presenta una red de síntomas que se retroalimentan, debido a sus interconexiones fuertes, lo que permite la permanencia del trastorno en ausencia del factor desencadenante inicial, es decir, del episodio traumático, lo cual define el proceso conocido como histéresis. No obstante, si las interconexiones son débiles, no se producirá dicho proceso y el paciente volverá a un estado de equilibrio, que en el modelo de red de los trastornos mentales explica la salud mental, en contraposición a la definición de este concepto que considera la desaparición de los rasgos clínicos particulares del trastorno.

De esta forma, las redes con interconexiones débiles o fuertes definen a una persona resiliente (es capaz de volver a su estado de equilibrio luego del estímulo del desencadenante) o vulnerable (susceptible de mantener el estado alterado en ausencia del desencadenante), respectivamente. Es importante mencionar que los factores considerados en el criterio diagnóstico del DSM-5 concuerdan con los establecidos en el concepto de red, es decir, la presencia de síntomas específicos y de interacciones que determinan su existencia.

Sin embargo, el criterio diagnóstico del DSM-5 no contempla la relevancia fundamental de ciertos síntomas y del mecanismo de retroalimentación en la permanencia del trastorno mental. De esta forma, al utilizar el concepto de red en el diagnóstico de estos trastornos, el profesional médico podrá evaluar una serie de terapias posibles y determinar la estrategia de mayor eficacia en el control de los rasgos clínicos particulares de la red. Dicha estrategia terapéutica está dirigida a contrarrestar de manera específica los síntomas identificados (administración de antipsicóticos en pacientes con psicosis inducida por el uso de drogas) y los factores desencadenantes (evitar el consumo de fármacos) y cambiar la dinámica de las relaciones entre síntomas en la red (uso de

terapia cognitivo-conductual para controlar el delirio derivado de la psicosis, de manera de prevenir la conducta de aislamiento social).

En conclusión el modelo de red de los trastornos mentales ofrece un marco teórico al aporte de nuevas investigaciones que aborden el componente neurocientífico, genético y psicológico de estos trastornos, es decir, que complejicen la estructura propuesta. Si bien este modelo puede reflejar las alteraciones en el funcionamiento de los mecanismos biológicos y psicológicos y en el desarrollo social, su utilidad, de acuerdo con los estudios exploratorios efectuados, se limita a trastornos mentales en los que se puede determinar un inicio y un estado estable (ausencia de fluctuaciones cíclicas como en la bipolaridad).

De esta forma, el concepto de red es susceptible de ser aplicado en la definición de las fobias, los trastornos de pánico, obsesivo-compulsivo, de alimentación, de abuso de sustancias, TAG, TDM y TEPT. Por otra parte, resulta fundamental efectuar estudios que evalúen la aplicabilidad del modelo de red a otros trastornos mentales que se desarrollan de forma gradual en el tiempo (trastornos de la personalidad y del espectro autista y, esquizofrenia), en los que los síntomas pueden estar conectados, pero interaccionan con diferentes factores como el contexto social en distintos períodos y por ende se produce la formación, dentro de las redes, de nuevas estructuras que explican la sintomatología. Cabe destacar que si bien el concepto de red de síntomas propone un esquema simple, representa una herramienta útil en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales.

Bibliografía

MedlinePlus. (2018). Enfermedades mentales. In *MedlinePlus*.

OMS. (2015). Trastornos Mentales. *OMS*.

OPS. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. In *Organización Panamericana de la Salud*.

Organización Mundial de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. *Organización Mundial de La Salud Oficina Regional Para Las Américas*.

Organización Mundial de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. In *Organización Panamericana de la Salud*.