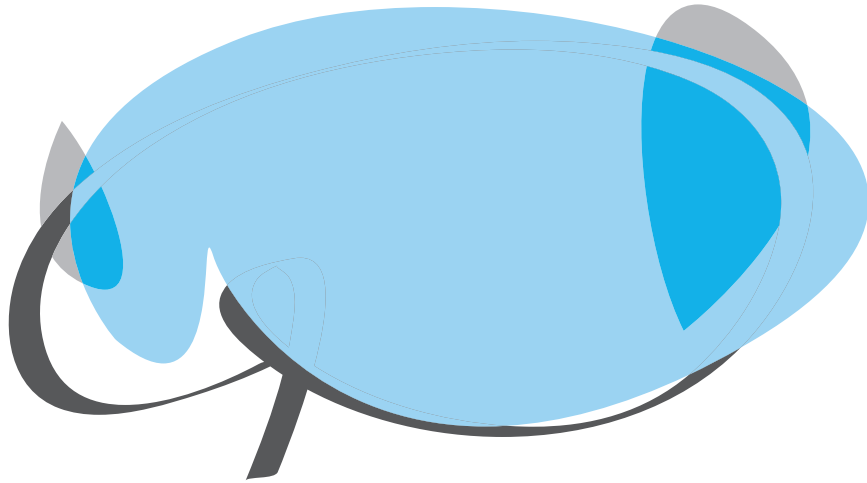


MANUAL

Residente Psiquiatría



Tomo 1

Quedan prohibidos, dentro de los límites establecidos en la ley y bajo los apercibimientos legales previstos, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluyendo ilustraciones, ya sea electrónico o mecánico, el tratamiento informático, el alquiler o cualquier otra forma de cesión de la obra sin la autorización previa y por escrito de los titulares del copyright.

Diseño y maquetación:
Grupo ENE Life Publicidad, S.A.
C/Julián Camarillo, 29
Edif. Diapasón D-2, 1ª Planta
28037 Madrid

Copyright © 2009, ENE Life Publicidad S.A. y Editores

Impreso por: Gráficas Marte, S.L.
ISBN: 978-84-693-2268-0
Depósito Legal: M-24.207-2010

El manual aquí expuesto refleja las experiencias y opiniones de sus autores. En ocasiones estas experiencias y opiniones pueden referirse a fármacos comercializados por GSK. GSK únicamente recomienda el uso de sus productos de acuerdo con sus respectivas fichas técnicas y en las indicaciones debidamente autorizadas.

PRÓLOGO



LAS SOCIEDADES DE PSIQUIATRÍA Y LOS RESIDENTES DE LA ESPECIALIDAD

La Asociación Española de Psiquiatría (AEN), la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB) comparten el objetivo de promover el desarrollo de la asistencia psiquiátrica y para ello nada mejor que avanzar día a día en la formación de los profesionales que constituyen su razón de ser. La preocupación por los futuros psiquiatras, los actuales residentes en período de formación, figura en el centro del trabajo de estas tres sociedades científicas. Hace ya algunos años se planteó una iniciativa exitosa, la redacción de un compendio que sirviera de guía para la formación, que ahora se prolonga y consolida en esta nueva obra colectiva, el nuevo Manual de Residentes de Psiquiatría que el lector tiene entre sus manos.

El Manual ha sido elaborado por MIR en psiquiatría bajo la supervisión de un tutor, especialista en psiquiatría, por lo que cuenta con más de 300 autores, entre tutores y residentes de la mayoría de las Unidades Docentes acreditadas, dan prueba del amplio abanico de participantes que respondieron con interés a la llamada de las sociedades psiquiátricas. El resultado es este Manual que agrupa el esfuerzo de profesionales de un sector extraordinariamente dinámico de la profesión, aunque no siempre visible en los ámbitos académicos o editoriales. Creemos que la confianza que las juntas directivas de la AEN, la SEP y la SEPB y los coordinadores designados Mikel Munárriz, Paz García-Portilla y Miquel Roca pusieron en los residentes de últimos años y sus tutores y tutoras ha quedado justificada.

Quisiéramos recalcar que, desde el primer momento, se partió de la idea de elaborar un Manual del Residente y no un Tratado de Psiquiatría. Existen ya excelentes iniciativas editoriales recientes en lengua castellana con estructura de Tratados y consideramos todos que no tenía sentido añadir uno más. Por todo ello se desarrolló el índice de los capítulos a partir del programa de la especialidad recientemente modificado. El Manual contiene cuatro módulos que agrupan los aspectos generales, la clínica psiquiátrica, la formación longitudinal en psicoterapias e investigación, al que se han añadido los tratamientos biológicos y, por último, un módulo original que se refiere a las diferentes rotaciones por las que transitan los residentes.

También se ha buscado un carácter eminentemente práctico del Manual. En este sentido las normas editoriales han fomentado una presentación clara, que contara con la experiencia del tutor en forma de recomendaciones clave y que destacara los aspectos más importantes de cada tema. La bibliografía está ceñida a las referencias básicas y a ella se remiten los capítulos para discusiones más detalladas. De una manera incipiente se ha pretendido introducir también en el Manual la formación en todas las competencias del psiquiatra. Un profesional de la psiquiatría no es sólo un experto clínico sino que también está obligado a desarrollar sus roles como miembro o líder de un equipo, como investigador, comunicador a diferentes niveles, usuario crítico del conocimiento, como participe de la gestión y defensor de unos principios éticos que sostienen su práctica.

De todas estas competencias encontrará información el lector de este Manual. El criterio básico para la selección de los autores de cada capítulo, asegura la más alta participación. En este sentido también se aparta de otros textos similares. Este proceso ha sido complejo y ha sido imposible satisfacer las opciones y deseos de todos. En nombre de las Sociedades y de los coordinadores del libro pedimos disculpas por los errores que se hayan podido cometer. Finalmente, queremos expresar un agradecimiento especial al equipo de Ene Life liderado por M. José Sancho, encargado de la producción editorial, porque somos conscientes del enorme esfuerzo que les ha representado.

Los residentes de psiquiatría, profesionales de nuevo cuño de la psiquiatría año tras año, juzgarán muy pronto el resultado de esta obra. Su opinión será decisiva para mejorar, en años venideros, este cuidado y atención que la AEN, la SEP y la SEPB estamos convencidos que merecen por un mejor futuro de la psiquiatría y de la asistencia a las personas afectadas de trastornos mentales en nuestro país.

M. F. Bravo (Asociación Española de Neuropsiquiatría)

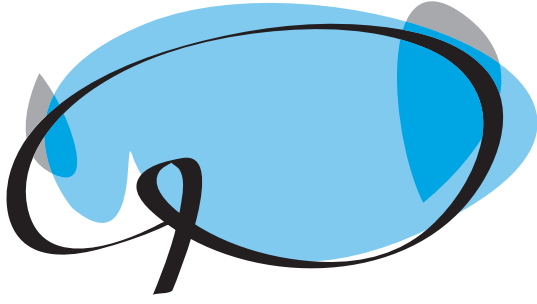
J. Saiz (Sociedad Española de Psiquiatría)

J. Bobes (Sociedad Española de Psiquiatría Biológica)

Presidentes

MANUAL

DEL Residente
EN Psiquiatría



TOMO
Índice





MÓDULO 1. ASPECTOS GENERALES

ÁREA - INTRODUCCIÓN GENERAL

1. HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA 5

Autoras: Cristina Quesada González y Elena Fernández Barrio

Tutor: Rafael Navarro Pichardo

Hospital San Cecilio. Granada

2. CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL 13

Autores: José Luis Medina Amor y Rebeca Suárez Guinea

Tutor: Rufino José Losantos Pascual

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid

3. PROBLEMAS EPISTEMOLÓGICOS DE LA PSIQUIATRÍA 21

Autores: Noemy Escudero e Ignacio Lara Ruiz-Granados

Tutora: Carmen Rodríguez Gómez

Hospital de Jerez. Cádiz

4. PSIQUIATRÍA, UNA PRÁCTICA EN VALORES 29

Autores: Rosa Merchán García y Evelio de Ingunza Barreiro

Tutora: María Jesús Río Benito

Hospital Universitario Virgen de la Macarena. Sevilla

5. MEDICINA Y PSIQUIATRÍA BASADA EN PRUEBAS. MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA (MBE) 35

Autores: Raquel Álvarez García, Diana Zambrano-Enríquez Gandolfo y Ezequiel Di Stasio

Tutor: Enrique Baca García

Fundación Jiménez Díaz. Madrid

6. CONCEPTOS BÁSICOS DE NEUROCIENCIA 41

Autores: Luis Ortiz Paredes y Sagrario Marco Orea

Tutor: Carmelo Pelegrín Valero

Hospital San Jorge. Huesca

7. CONCEPTOS PSICOLÓGICOS BÁSICOS 49

Autores: Marta Vázquez Delgado y Antonio M. Ramírez Ojeda

Tutor: Alfonso Fernández Gálvez

Hospital Universitario Virgen de la Macarena. Sevilla

8. BASES SOCIALES DE LA PSIQUIATRÍA 57

Autoras: Verónica Ferro Iglesias y Ania Justo Alonso

Tutor: Carlos Porven Diaz

Hospital Psiquiátrico de Lugo. Lugo

9. EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA 65

Autoras: Ana Vilches Guerra y María Luisa Álvarez Rodríguez

Tutora: Cristina Peinado Fernández

Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Sevilla

10. CULTURA Y ENFERMEDAD MENTAL 71

Autoras: Clara Peláez Fernández y Elena Serrano Drozdowskyj

Tutor: Luis Caballero Martínez

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

11. LA PSIQUIATRÍA Y LA GESTIÓN CLÍNICA 79

Autoras: Lucía Pérez Cabeza y Zuria Alonso Ganuza

Tutor: Miguel Ángel González Torres

Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto. Bilbao



**12. PROGRAMA, ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA
DE LA FORMACIÓN EN PSIQUIATRÍA 87**

Autores: Olivia Orejas Pérez y Josep Martí Bonany

Tutoras: Teresa Campillo Sanz

Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López. Barcelona

**13. LA TUTORÍA Y LA FORMACIÓN EN PSIQUIATRÍA.
PROBLEMAS PRÁCTICOS FRECUENTES 93**

Autores: José Antonio Blanco Garrote, Isabel López Saracho y Daniel Gómez Pizarro

Tutores: José Antonio Blanco Garrote y Juan José Madrigal Galicia

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid

**14. ASPECTOS EMOCIONALES DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL
DEL RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA 101**

Autoras: Rosana Codesal Julián y Ariana Quintana Pérez

Tutor: Luis Santiago Vega González

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

**15. ORGANIZACIÓN DE UN PLAN INDIVIDUALIZADO DE FORMACIÓN.
LA AUTOEVALUACIÓN 109**

Autoras: Mariña Reimundo Díaz-Fierros, Clara Viesca Eguren,
Jessica Solares Vázquez y Lara García González

Tutora: M^a Paz García-Portilla González

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

**16. LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS EN PSIQUIATRÍA
Y LAS ASOCIACIONES DE FAMILIARES Y USUARIOS 117**

Autoras: Carmen Pradas Guerrero y Yolanda Román Ruiz del Moral

Tutora: María Sánchez de Muniain

Hospital Son LLàtzer. Palma de Mallorca

17. ASPECTOS ÉTICOS Y MÉDICO-LEGALES. LA RESPONSABILIDAD CIVIL 129

Autores: Julia Calama Martín, Ana Isabel Hernández Sánchez y Pedro Esperilla Díaz

Tutor: Juan Matías Fernández

Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca

18. EL ESTIGMA EN SALUD MENTAL 137

Autoras: Maeva Fernández Guardiola y Pilar Elías Villanueva

Tutor: Antonio Tarí

Hospital Royo Villanova. Zaragoza

19. TÉCNICAS COMUNES DE EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO 143

Autores: Esperanza Bosch Casañas y José M^a Martín Jiménez

Tutor: Rafael Touriño González

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria

MÓDULO 2. CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

ÁREA - INTRODUCCIÓN GENERAL

**20. CONTROVERSIAS CONCEPTUALES: DESDE
LA "PSICOPATOLOGÍA DESCRIPTIVA" DEL SIGLO XIX
HACIA LA "PSICOPATOLOGÍA CIENTÍFICA" DEL SIGLO XXI 155**

Autoras: Eva Bravo Barba y Elena Marín Díaz-Guardamino

Tutor: Rafael Segarra Echebarría

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Cruces. Baracaldo. Vizcaya

**21. PSICOPATOLOGÍA DESCRIPTIVA BÁSICA.
LA HISTORIA CLÍNICA EN PSIQUIATRÍA 163**

Autores: María Isabel Teva García y Francisco Javier Zamora Rodríguez

Tutor: Pablo Calderón López

Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz

22. HABILIDADES BÁSICAS DE ENTREVISTA CLÍNICA 175

Autores: Marta Marín Mayor y Jaime Chamorro Delmo

Tutora: Mercedes Navío Acosta

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid



23. EXPLORACIÓN BÁSICA Y EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA 187

Autores: Ramón Bellot Arcís, Ignacio Díaz Fernández-Alonso y Vanessa Saiz Alarcón

Tutor: Alejandro Povo Canut

Hospital Universitario La Fe. Valencia

**24. EVALUACIÓN GENERAL. PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA.
LA FORMULACIÓN DEL CASO 195**

Autor: Casto Bonilla Reyes

Tutor: Eloy Martín Ballesteros

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid

**25. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES.
LOS GRANDES SÍNDROMES PSIQUIÁTRICOS 201**

Autoras: Almudena Sánchez Bou, Noemí Varela Gómez y Jana González Gómez

Tutor: Jesús Artal Simón

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. Cantabria

ÁREA - TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS

26. DEMENCIAS 211

Autores: Carlos Rodríguez Ramiro y Ana Belén Jiménez González

Tutora: Blanca Franco Lovaco

Hospital Dr. Rodríguez Lafora. Madrid

27. OTROS TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS 221

Autoras: Teresa Jimeno, Yolanda Román y Carmen Pradas

Tutor: Mauro García Toro

Hospital Son Llatzer. Palma de Mallorca

ÁREA - ADICCIONES

28. ALCOHOL 231

Autores: Guillermo Fariña Ruiz, José Miguel Marrero Marrero y Luis Fernando Cárdenes

Tutora: Dácil Hernández García

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Tenerife

29. OTRAS ADICCIONES 239

Autores: Alfonso Pérez-Poza, Ignacio Álvarez Marrodan, María López-Acosta
y Manuel Corbera Almajano.

Tutor: José Luis Día Sahún

Hospital Miguel Servet. Zaragoza

ÁREA - TRASTORNOS PSICÓTICOS

30. TRASTORNOS PSICÓTICOS: ESQUIZOFRENIA 249

Autores: Fernando Morrás, Virginia Basterra y Estíbaliz Martínez de Zabarte

Tutora: María Zandio Zorrilla

Hospital Virgen del Camino, Pamplona. Navarra

31. TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA ESQUIZOFRENIA 261

Autores: Lourdes Cuello Hormigo y Jesús Saiz Otero

Tutor: Francisco Moreno Tovar

Unidad de Salud Mental El Puente Orense. Orense

32. TRASTORNOS DELIRANTES 269

Autora: Jasna Raventós Simic

Tutor: Óscar A. Ruiz Moriana

Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca



ÁREA - TRASTORNOS AFECTIVOS

33. MELANCOLÍA 277

Autoras: Laura Martín López-Andrade e Iria Prieto Payo

Tutor: Fernando Colina Pérez

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

34. DEPRESIÓN Y DISTIMIA 285

Autores: Federico Cardelle Pérez y Teresa Lorenzo Gómez

Tutora: Elena de las Heras Liñero

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra

35. TRASTORNO BIPOLAR 295

Autores: Fátima Uribe Guinea e Iñaki Zorrilla Martínez

Tutoras: Margarita Sáenz Herrero y Purificación López

Hospital Santiago Apóstol. Vitoria

ÁREA - TRASTORNOS NEURÓTICOS

36. ANSIEDAD GENERALIZADA, ANGUSTIA Y FOBIAS 305

Autores: Laura Baras Pastor y Guillermo Mayner Eiguren

Tutor: Adrián Cano Prous

Clínica Universidad de Navarra. Pamplona

37. REACCIONES AL ESTRÉS Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS 315

Autoras: Itziar Montalvo Aguirrezabala y Laura Gisbert Gustemps

Tutor: Ramón Coronas Borri

Corporació Sanitària Parc Taulí. Barcelona

38. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO 325

Autoras: Amparo Tatay Manteiga y Teresa Merino Magán

Tutor: Pablo Cervera Boada

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

39. TRASTORNOS SOMATOMORFOS 333

Autoras: Helena Andrés Bergareche, Patricia Enríquez y Almudena Escudero

Tutores: José Luis Día Sahún y Javier García Campayo

Hospital Miguel Servet. Zaragoza

40. TRASTORNOS DISOCIATIVOS 341

Autoras: Purificación Carricajo y Mari Paz Alarcón

Tutora: María José Martínez

Hospital General Baix Vinalopo Elx. Alicante

41. LA HISTERIA 349

Autoras: Iria Prieto Payo y Laura Martín López-Andrade

Tutor: Fernando Colina Pérez

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

ÁREA - TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS

42. TRASTORNOS DEL SUEÑO 359

Autores: Jesús Mesones Peral y Joaquín Ruiz Riquelme

Tutora: Mercedes Sánchez de las Matas Meca

Hospital Virgen Arrixaca. Murcia

43. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA 369

Autores: Germán Belda Moreno y Carlos Rodríguez Gómez-Carreño

Tutor: Luis Beato Fernández

Hospital de Ciudad Real. Ciudad Real

44. DISFUNCIONES SEXUALES 379

Autores: Cristina López Ortiz, Alberto Real Dasi y Anna Romaguera Pinyol

Tutor: José Antonio Navarro Sanchís

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona



ÁREA - TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS

45. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD 389

Autores: Kazuhiro Tajima Pozo y Laura de Anta Tejado

Tutora: Marina Díaz Marsá

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

46. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD 397

Autores: Oriol Molina, María Gariup y Joan Roig

Tutor: Jordi Blanch

Hospital Clínic. Barcelona

47. TRASTORNOS DE CONTROL DE IMPULSOS 409

Autores: Ilia Saíz Pérez y Rubén Rodrigo Hortigüela Arroyo

Tutor: Avelino de Dios Francos

Complejo Asistencial de Burgos. Burgos

ÁREA - TRASTORNOS MENTALES INFANTO-JUVENILES

48. TRASTORNOS MENTALES EN LA INFANCIA COMUNES I 419

Autores: Rafael Manuel Gordillo Urbano y Pilar Zurita Gotor

Tutora: Teresa Guijarro Granados

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

49. TRASTORNOS MENTALES EN LA INFANCIA COMUNES II 433

Autores: Rafael Manuel Gordillo Urbano y Pilar Zurita Gotor

Tutora: Teresa Guijarro Granados

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

50. TRASTORNOS MENTALES GRAVES DEL NIÑO 447

Autora: Sonia Villero Luque

Tutora: Dolores M^a Moreno Pardillo

Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid

ÁREA - OTROS TRASTORNOS MENTALES

51. TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE 461

Autora: Carolina Liaño Sedano

Tutor: Jesús Alonso Fernández

Hospital de Donostia. San Sebastián

52. TRASTORNOS MENTALES EN LA VEJEZ 471

Autoras: Leticia Galán Latorre y Virginia Torrente Mur

Tutor: Javier Olivera Pueyo

Hospital San Jorge. Huesca

53. DISCAPACIDAD Y ENFERMEDAD MENTAL 483

Autora: María Tajés Alonso

Tutor: Mario Páramo Fernández

Complejo Hospitalario Universitario de Conxo. Santiago de Compostela

ÁREA - URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

54. URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS: APRENDIZAJE DEL RESIDENTE 493

Autores: Laura Montesinos Rueda y Eloi Giné Servén

Tutora: Penélope Vinuesa Gómez

Hospital de Mataró. Barcelona

55. URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS. URGENCIAS E INTERVENCIÓN EN CRISIS 499

Autoras: Amanda Trigo Campoy y Laura Ruiz de la Hermosa Gutiérrez

Tutora: Ana Isabel González López

Hospital Universitario de Móstoles. Madrid

56. AGITACIÓN Y COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS 507

Autoras: Ariadna Compte Güell y Mariona Guardia Sans

Tutora: Amalia Guerrero Pedraza

CASM Benito Menni Sant Boi de Llogregat. Barcelona



57. COMPORTAMIENTOS AUTOLÍTICOS 517

Autoras: Ana Blázquez Hinojosa y Montserrat Guitart Colomer

Tutores: Evaristo Nieto Rodríguez y Marta Puig Sanz

Althaia Xarxa Assistencial Manresa. Barcelona

58. TRASTORNO FACTICIO 529

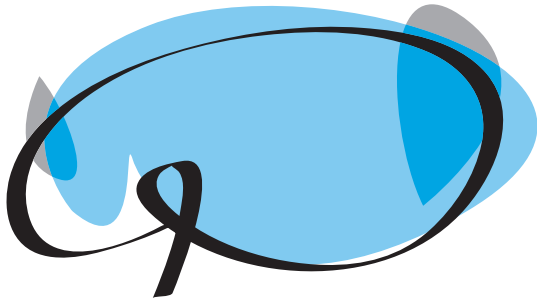
Autores: Teresa Lorenzo Gómez y Federico Cardelle Pérez

Tutora: Elena de las Heras Liñero

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra

MANUAL

DEL Residente
EN Psiquiatría



TOMO

Índice





MÓDULO 3. TRATAMIENTOS E INVESTIGACIÓN EN PSIQUIATRÍA (FORMACIÓN LONGITUDINAL)

ÁREA - PSICOTERAPIAS

59. NIVEL I. ESCUCHA, ENCUADRE, DIFICULTADES, PSICOEDUCACIÓN 541

Autoras: M^a Carmen Díaz Fernández y Neria Morales Alcaide

Tutores: Vicenta M^a Piqueras García y Miguel Ángel Martín Rodríguez

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete

60. NIVEL II. APOYO, INTERVENCIÓN EN CRISIS Y DESTREZAS ESPECÍFICAS 549

Autora: Elena Palomo

Tutor: Jesús Alonso Fernández

Hospital de Donostia. San Sebastián

61. PSICOTERAPIA I: DEFINICIÓN, INDICACIÓN Y EVALUACIÓN DE CASOS 561

Autores: Ainoa Muñoz San José y David López Gómez

Tutora: Beatriz Rodríguez Vega

Hospital Universitario La Paz. Madrid

62. PSICOTERAPIA II: ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO DESDE LAS DIFERENTES PERSPECTIVAS 569

Autoras: Susana Cebolla Lorenzo y M^a Eva Román Mazuecos

Tutora: Ángela Palao Tarrero

Hospital Universitario La Paz. Madrid

63. DESARROLLO DEL ROL DEL TERAPEUTA 577

Autores: Lucía Torres y María José Ávila

Tutora: Carmen Bayón

Hospital Universitario La Paz. Madrid

ÁREA - TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

64. PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO CON PSICOFÁRMACOS 585

Autores: Elena Peregrín Abad y David Albillo Labarra

Tutor: Carlos Rejón Altable

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid

65. ANTIPSICÓTICOS 595

Autor: Ramón Ramos Ríos

Tutor: Mario Páramo Fernández

Complejo Hospitalario Universitario de Conxo. Santiago de Compostela

66. ANTIDEPRESIVOS 607

Autoras: María del Carmen Serrano Cartón y Mónica González Santos

Tutor: Juan Carlos Díaz del Valle

Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña

67. ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS 619

Autores: M^a del Carmen Alonso García y Ángel Delgado Rodríguez

Tutor: Ignacio Gómez-Reino Rodríguez.

Complejo Hospitalario de Ourense. Orense

68. LITIO Y EUTIMIZANTES 629

Autoras: Carmen Iranzo Tatay e Isabel Martín Martín

Tutor: Alejandro Povo Canut

Hospital La Fe. Valencia

69. OTROS PSICOFÁRMACOS DE UTILIZACIÓN FRECUENTE 639

Autoras: Maeva Fernández Guardiola y Pilar Elías Villanueva

Tutor: Miguel Á. de Uña Mateos

Hospital Royo Villanova. Zaragoza



70. ESTRATEGIAS FARMACOLÓGICAS ANTE LA RESPUESTA INSUFICIENTE 647

Autores: Ana Martín, Rosa Blanca Sauras y Ferrán Viñas

Tutora: Josefina Pérez Blanco

Hospital de La Santa Cruz y San Pablo, Barcelona

71. OTROS TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS 657

Autoras: Imma Buj Álvarez e Irene Forcada Pach

Tutora: Ester Castán Campanera

Hospital Arnau de Vilanova-Gestió de Serveis Sanitaris, Hospital Santa María. Lleida

ÁREA - INVESTIGACIÓN

72. NIVEL I. SESIÓN CLÍNICA 671

Autores: Eva Villas Pérez, Silvia Elena Mabry Paraíso y David Calvo Medel

Tutor: Ricardo Claudio Campos Ródenas

Hospital Clínico Universitario. Zaragoza

73. NIVEL II. REVISIONES Y PRESENTACIONES ENTRE IGUALES 677

Autoras: Marta Lucas Pérez-Romero y M^a Teresa Tolosa Pérez

Tutores: Vicenta M^a Piqueras García y Miguel Ángel Martín Rodríguez

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete

74. NIVEL III. PRESENTACIONES EN REUNIONES CIENTÍFICAS 685

Autores: Ignacio Vera López e Ignacio Vidal Navarro.

Tutor: Ángel Ramos Muñoz.

Hospital Universitario de Getafe. Madrid

75. NIVEL IV. INCORPORACIÓN A LÍNEA DE INVESTIGACIÓN 691

Autores: Verónica Gálvez Ortiz, Pedro Toledano Tortajada y Esther Vía Virgili

Tutor: José Manuel Crespo Blanco

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona

76. NIVEL V. DOCTORADO 699

Autores: Raquel Álvarez García, Diana Zambrano-Enríquez Gandolfo y Ezequiel Di Stasio

Tutor: Enrique Baca-García

Fundación Jiménez Díaz. Madrid

MÓDULO 4. ROTACIONES (FORMACIÓN TRANSVERSAL)**ÁREA - ATENCIÓN PRIMARIA/NEUROLOGÍA/MEDICINA INTERNA****77. ¿CÓMO ORGANIZAR LA ROTACIÓN POR
ATENCIÓN PRIMARIA/NEUROLOGÍA/MEDICINA INTERNA? 709**

Autores: Anna Osés Rodríguez, Quintí Foguet Boreu, Raquel Cecília Costa y Montse Coll Negre

Tutora: Montse Serra Millas

Hospital General de Vic. Barcelona

78. LA SALUD FÍSICA DEL ENFERMO CON TRASTORNO MENTAL 713

Autoras: M^a Virtudes Morales Contreras y María Teresa Pérez Castellano

Tutora: M^a Virtudes Morales Contreras

Hospital de Toledo. Toledo

79. SALUD MENTAL PERINATAL 723

Autoras: Alba Roca Lecumberri y Cristina Marqueta Marqués

Tutores: Ana Herrero Mendoza y Vicenç Vallès Callol

Consorti Sanitari de Terrassa. Terrassa. Barcelona

**80. ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS DE LA EPILEPSIA Y OTRAS ENFERMEDADES
NEUROLÓGICAS 735**

Autoras: Ana Belén López Catalán y María Vicens Poveda

Tutor: Daniel Olivares Zarco

Servicio de Psiquiatría. Hospital General Universitario de Guadalajara



81. LA COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES DE LA SALUD 747

Autoras: Isabel Gobernado Ferrando y Elena Benítez Cerezo

Tutor: Carlos Rianza Bermudo-Soriano

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

ÁREA - HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS

82. CÓMO ORGANIZAR LA ROTACIÓN POR LA UNIDAD DE AGUDOS 757

Autoras: Olga González Irizar y Ana Sáenz Ballobar

Tutor: Modesto Pérez Retuerto

Hospital Psiquiàtric Universitari Institut Pere Mata, Reus. Tarragona

**83. ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LA HISTORIA CLÍNICA
EN LA UNIDAD DE AGUDOS 765**

Autoras: Ariadna Martínez Fernández y Patricia Alvaro Serón

Tutora: Purificación Salgado Serrano

Institut Municipal Asistencia Sanitaria (IMAS). Barcelona

84. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN HOSPITALARIA 775

Autores: Ewa Rybak Malgorzata y José Ramón Rodríguez Larios

Tutor: Tomás Martín Pinto

Complejo Hospitalario de Ávila. Ávila

85. EL EQUIPO DE LA UNIDAD DE AGUDOS 785

Autoras: Nereida Martínez Pedrosa y Sara García Marín

Tutor: José Guerrero Velázquez

Residencia Sanitaria Ruiz de Alda (Virgen de las Nieves). Granada

86. LA GESTIÓN DEL AMBIENTE TERAPÉUTICO Y DEL ALTA HOSPITALARIA 793

Autores: José María Blanco Lobeiras y María Jesús Acuña Gallego

Tutor: José María Blanco Lobeiras

Complejo Hospitalario de Pontevedra

87. AGITACIÓN PSICOMOTRIZ: PAUTAS DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y MEDIDAS DE CONTENCIÓN. ASPECTOS ÉTICO-LEGALES 803

Autores: Ana Franco Barrionuevo, Christopher Meléndez García y Carmen Parres Rodríguez

Tutor: Fermín Mayoral Cleries

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

ÁREA - PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

88. ORGANIZACIÓN DE LA ROTACIÓN DEL MIR EN LA USM 817

Autores: Miguel Hernández González y Francisco Javier Trujillo Carrillo

Tutor: José García-Valdecasas Campelo

Hospital Universitario de Canarias. Tenerife

89. ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LA HISTORIA CLÍNICA EN LA ATENCIÓN COMUNITARIA 823

Autores: Claudia Ruiz Bennasar y Eloy Martín Ballesteros

Tutor: Eloy Martín Ballesteros

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid

90. DISEÑO DE INTERVENCIONES MULTIDISCIPLINARES 831

Autores: Bernardo Casanova Peña, María Henar Arranz García, Inmaculada Asensio Moreno y Caridad Benavides Martínez

Tutor: José Luí Ruíz Robles

Complejo Asistencial de Segovia. Segovia

91. PSIQUIATRÍA COMUNITARIA. LA ATENCIÓN DOMICILIARIA 839

Autoras: Anna Juan Guillem y Marta Román Alonso

Tutor: Manuel Rodríguez de la Torre

Hospital Can Misses. Ibiza

92. EL EQUIPO DE SALUD MENTAL. ROLES, FUNCIONES, ORGANIZACIÓN 847

Autoras: Cristina Emeterio Delgado y Covadonga Huergo Lora

Tutor: Sergio Ocio León

Centro de Salud Mental de Mieres. Asturias



93. LA RED DE SALUD MENTAL COMUNITARIA 853

Autores: María Teresa García López y Enrique García Núñez

Tutor: Enrique García Núñez

Parc Hospitalari Martí i Julià, Salt. Girona

94. EL TRABAJO EN ATENCIÓN PRIMARIA 857

Autoras: Susana Herrera Caballero y Nazaret Marín Basallote

Tutora: Rocío Martín Romero

Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz

95. EL TRABAJO CON FAMILIARES Y USUARIOS 863

Autoras: Laura Gisbert Gustemps e Itziar Montalvo Aguirrezabala

Tutor: Ramón Coronas Borri

Corporació Sanitària Parc Taulí. Barcelona

96. GESTIÓN CLÍNICA Y DOCUMENTACIÓN DE UN ESM 871

Autores: Eva González Ríos y Juan Ramón León Cámara

Tutor: José Manuel García Ramos

Hospital Universitario Puerta Del Mar. Cádiz

97. PSIQUIATRÍA COMUNITARIA: ASPECTOS ÉTICOS MÉDICO-LEGALES 879

Autoras: Nieves Rodríguez y Francisca Romero Marmaneu

Tutor: Carlos Knecht

Hospital General de Castellón. Castellón

98. ACTIVIDADES PREVENTIVAS 889

Autoras: Isabel Moreno Encabo y Patricia Larrauri Echevarría

Tutor: Manuel Rodríguez de la Torre

Hospital Can Misses. Ibiza

ÁREA - REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA

99. CÓMO ORGANIZAR LA ROTACIÓN POR LOS DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA 897

Autoras: Azul Forti Buratti y Esperanza Gómez Durán

Tutora: Gema Hurtado Ruiz

Centres Assistencials Dr. Mira i López. Barcelona

100. EVALUACIÓN DE LA PERSONA CON TRASTORNO MENTAL GRAVE 905

Autora: Isabel Menéndez Miranda

Tutor: Celso Iglesias García

Servicio de Salud Mental, Avilés. Asturias

101. DISEÑO DE PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN (PIA) EN REHABILITACIÓN 913

Autores: Eskarne Zallo Atxutegi y Ainara Arnaiz Muñoz

Tutores: Juan Moro Abascal y Luis Ugarte Arostegui

Hospital Psiquiátrico de Zamudio. Bizkaia

102. GESTIÓN DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN 921

Autores: Juan Luis Muñoz Sánchez, Carolina Rodríguez Pereira, Alicia Prieto Domínguez y Carlos Sánchez Martín

Tutor: Manuel A. Franco Martín

Complejo Asistencial de Zamora. Zamora

103. LOS DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN 929

Autores: Anna Mont Canela y Miguel Blasco Mas

Tutor: Germán Gómez Bernal

Hospital Obispo Polanco. Teruel

104. ASPECTOS ÉTICOS Y MÉDICO-LEGALES 937

Autoras: Berta Cejas Pascual y Leticia Muñoz García-Largo

Tutora: Eudoxia Gay Pamos

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba



ÁREA - INTERCONSULTA Y ENLACE

105. CÓMO ORGANIZAR LA ROTACIÓN POR INTERCONSULTA Y ENLACE 949

Autoras: Belén Berjano Noya y Ester Zarandona Zubero

Tutora: M^a Soledad Mondragón Egaña

Hospital Galdakao, Usansolo. Vizcaya

106. INTERCONSULTA 957

Autores: Noemy Escudero Cuyvers e Ignacio Lara Ruiz-Granados

Tutora: Carmen Rodríguez Gómez

Hospital de Jerez. Cádiz

107. ENLACE 965

Autoras: Irene Sanchís Marco y Susana Arnau Garví

Tutor: Jesús Bedate Villar

Hospital General Universitario de Valencia. Valencia

108. PSICOLOGÍA DE LA SALUD 973

Autores: Josué Monzón y Juan Pablo Girbau

Tutora: Rosario Cejas

Hospital Universitario de Canarias. Tenerife

109. EL PROBLEMA DE LOS PROFESIONALES ENFERMOS 981

Autoras: M^a Cecilia Navarro Marfisis y Mónica Prat Galbany

Tutor : José Antonio Navarro Sanchís

Hospital Universitari Vall d´Hebron. Barcelona

110. ASPECTOS DE GESTIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE LA INTERCONSULTA 989

Autores: Ana Barrera Francés, Miquel Bel Aguado y Patricia Gracia García

Tutora: Isabel Irigoyen Recalde

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

**111. PSIQUIATRÍA DE INTERCONSULTA Y ENLACE:
ASPECTOS LEGALES Y ÉTICOS 999**

Autores: Raquel de Álvaro López y Gilberto Lobato Correia

Tutor: Miguel Ángel Cuquerella Benavent

Hospital General de Castellón. Castellón

ÁREA - INFANTO-JUVENIL

112. ORGANIZACIÓN DE LA ROTACIÓN INFANTO-JUVENIL 1009

Autora: Adela Pérez Escudero

Tutoras: Ainhoa Garibi Pérez y Dolores Moreno Pardillo

Hospital universitario Gregorio Marañón. Madrid

**113. ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LA HISTORIA CLÍNICA EN PSIQUIATRÍA
INFANTO-JUVENIL 1015**

Autor: Antonio España Osuna

Tutores: Fernando Sarramea Crespo y Pedro Torres Hernández

Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

114. ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL TRATAMIENTO 1025

Autoras: Laura Pina Camacho y Adela Pérez Escudero

Tutora: Carmen Moreno Ruiz

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

**115. LOS DIFERENTES DISPOSITIVOS ASISTENCIALES EN PSIQUIATRÍA
INFANTO-JUVENIL. ROLES, FUNCIONES, ORGANIZACIÓN 1033**

Autores: Beatriz Baón Pérez y Luis Beato Fernández

Tutor: Luis Beato Fernández

Hospital de Ciudad Real. Ciudad Real

116. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES EN PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL 1041

Autores: Laura Borredà Belda y Pedro Enrique Asensio Pascual

Tutor: Francisco Pérez Prieto

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia



ÁREA - ALCOHOLISMO Y OTRAS ADICCIONES

117. CÓMO ORGANIZAR LA ROTACIÓN POR ALCOHOLISMO Y OTRAS ADICCIONES 1051

Autoras: Élida Grande Argudo y Amaia Eguizabal Salterain

Tutora: M^a Soledad Mondragón Egaña

Hospital Galdakao, Usansolo. Vizcaya

118. ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL ALCOHOLISMO Y OTRAS ADICCIONES 1057

Autores: Tulio Callorda Boniatti y Ariadna Balagué Año

Tutora: Olga Simón Martín

Hospital Universitario Mútua de Terrassa. Barcelona

119. ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL TRATAMIENTO EN ALCOHOLISMO Y OTRAS ADICCIONES 1067

Autoras: Susana Arnau Garví e Irene Sanchís Marco

Tutor: Jesús Bedate Villar

Hospital General Universitario de Valencia. Valencia

120. EL PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DUAL 1075

Autores: M^a José Besalduch Arín, Virginia Pérez Maciá y Gustavo López Pérez

Tutora: Lorena García Fernández

Hospital Universitario de San Juan. Alicante

121. LOS DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS 1083

Autoras: María Ballester Martínez y Ana Ballester Gil

Tutor: Carlos García Yuste

Hospital Universitario de La Ribera, Alzira. Valencia

**122. ASPECTOS DE GESTIÓN Y DOCUMENTACIÓN EN LA ATENCIÓN
A LOS TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS 1089**

Autoras: Luz González Sánchez y Virginia Redondo Redondo

Tutor: Bartolomé Pérez Gálvez

Hospital Universitario de San Juan. Alicante

**123. ALCOHOLISMO Y OTRAS ADICCIONES:
ASPECTOS ÉTICOS Y MÉDICO-LEGALES 1097**




Autoras: M^a Ángeles Valero López y Elena Ferrer Sánchez

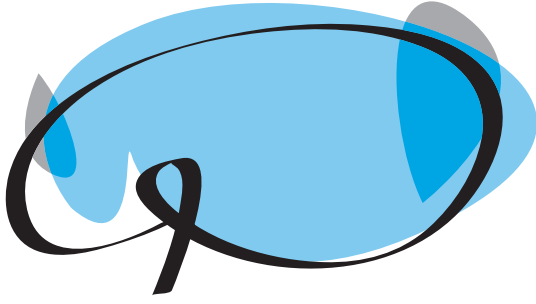
Tutor: José Manuel Bertolín Guillén

Hospital Arnau de Vilanova, Lliria. Valencia

NOTA ACLARATORIA

Los conceptos importantes que los distintos autores han querido resaltar, se indican en los márgenes de cada texto con iconos que gradúan la importancia de los mismos según el siguiente criterio:

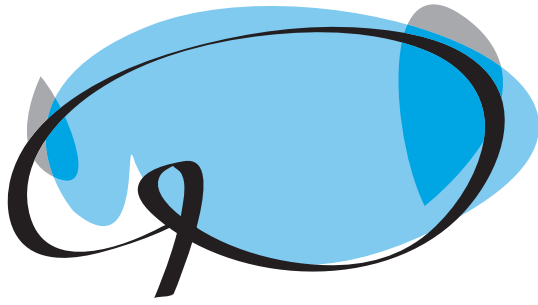
Levemente importante	
Moderadamente importante	
Muy importante	



MÓDULO 1.

Aspectos
Generales





MÓDULO 1.

Aspectos
generales

Introducción general





1. HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA



Autoras: Cristina Quesada González y Elena Fernández Barrio
Tutor: Rafael Navarro Pichardo
Hospital San Cecilio. Granada

CONCEPTOS ESENCIALES

REVOLUCIONES PSIQUIÁTRICAS	APARICIÓN DEL PSICOANÁLISIS	PRIMEROS TRATAMIENTOS, FÁRMACOS Y TEC
1º) Fundación de primer hospital psiquiátrico en Valencia (s. XV).	Freud y seguidores.	- Inducción de la malaria. - Choques de insulina. - TEC (s. XX).
2º) Sustitución de la concepción demonológica y la especulación, por la empírica (s. XIX).	La asociación libre. El inconsciente. La interpretación de los sueños.	Efectos AP de la clorpromacina (principio del s. XX). Descubrimiento otros AP fenotiazínicos. Clozapina (primer atípico) 1960.
3º) La clínica, sobre la especulación teórica y la A. patológica (E. Kraepeling) s. XIX-XX.	La terapia de la personalidad. Hipnosis para la histeria.	Sales de litio (s. XX). Efecto antimaníaco.
4º) Descubrimiento de actividad AP de clorpromacina y de la clozapina (principio s. XX).	El YO y los mecanismos de defensa.	Descubrimiento de AD: Tricíclicos: imipramina. IMAOS. ISRS: fluoxetina.

1. PRESENTACIÓN

Al hablar de la historia de la psiquiatría, no podemos perder de vista otros ámbitos implicados como la biología, la filosofía, la magia, la religión, la ley, el arte y la literatura. Si bien todos estos territorios más o menos próximos entre sí nos procurarían una visión global y totalizadora, en el núcleo donde todos ellos se imbrican, y puede situarse la noción clásica de “enfermedades del alma”. Surgidas estas por analogía con las enfermedades del cuerpo, estudiadas y atendidas por la medicina, los discursos sobre tan curiosa variedad de enfermedades se asientan en gran medida en el seno de la filosofía. Jackie Pigeaud

lo expresa diciendo “Es una analogía que supone que el alma como el cuerpo, sufre enfermedades”.

2. SEMINARIO: CONCEPTO Y CAMPO DE LA PSIQUIATRÍA

El término Psiquiatría (de: *psyche* = alma, *iatría* = curación, *iatros* = médico), es una práctica teórica altamente tecnificada. Actualmente se le considera la rama antropológica o humanista de la medicina. Según el diccionario de Émilie Littré, la psiquiatría es la parte de la medicina que trata de las enfermedades mentales, mientras que la neurología, las del sistema



nervioso. Según Jorge Saurí, la denominación nace en centroeuropa a mediados del siglo XIX, psicosis, psicopatía, psicopatología, psiquiatría crecen desde un centro creencial común, basado en la idea del progreso ilimitado y en el avance extraordinario de la ciencia experimental. Para algunos, el término es utilizado por primera vez por Johann Cristian Reil en 1803. Aquí, y ya en su origen, la psiquiatría toma como emblemática a la psicoterapia (terapias psíquicas, tratamiento moral, etcétera).

La psiquiatría se ha definido como, la rama de la medicina, que se ocupa del estudio, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos psíquicos, entendiendo como tales tanto las enfermedades propiamente psiquiátricas como patologías psíquicas, entre las que se incluyen los trastornos de la personalidad.

3. ETAPAS DE LA HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

Para simplificar su estudio, la historia de la psiquiatría según Lain Entralgo se divide en las siguientes etapas:

3.1. CONCEPCIÓN MÁGICO-ANIMISTA

- Prehistoria: (No hay textos escritos).
El hombre del neolítico realizaba trepanaciones craneales, para debate. Los primeros humanos consideraban el cráneo como una parte privilegiada del organismo.
- Mesopotamia (unos cuatro mil años antes de Cristo).
➡ Cultura mágico-animista que posee una concepción sobrenatural de la enfermedad. Esta es un castigo divino impuesto por diferentes demonios tras la ruptura de algún tabú la práctica médica estaba en manos de sacerdotes.

3.2. ERA PRETÉCNICA PAPIROS EGIPCOS EL ANTIGUO EGIPTO

Se desarrolla un sistema médico público importante, que ya establece las actividades recreativas como la pintura o el baile para el tratamiento determinados trastornos del comportamiento.

En el papiro Ebers (Georg Ebers 1550 a.c) se mencionan algunas enfermedades mentales, entre las que se incluye la epilepsia, que será considerada durante muchos siglos una forma de locura.

El papiro egipcio de Edward Smith (1550 a.c.) reconoce por primera vez en la historia, al cerebro como “localización de las funciones mentales”. Atribuye al cerebro funciones motoras.

Entre los Aztecas existía un modelo médico de la locura: Tlazoltéotl es la madre tierra, diosa de la fecundidad, pero también la diosa de la enfermedad y de los trastornos mentales. Según algún grabado la diosa se adueña del alma del hombre, provocándole convulsiones o la locura.

En el templo de Imhotep (Menfis) se utilizaban los sueños con fines terapéuticos, precedente que se desarrollaría siglos más tarde en los templos griegos. Los egipcios descubrieron un trastorno emocional que después, los griegos llamarían “Histeria”. Lo atribuían a una malposición del útero. El tratamiento consistía en fumigar la vagina con la intención de devolverlo a su posición normal.

3.3. INFLUENCIA INDIA E ISRAELÍ

Su influencia sobre la psiquiatría reside en el budismo.

Si se analizan los textos del Antiguo Testamento constatamos que se interpreta la locura como un castigo de Dios.

3.4. EDAD GRECORROMANA

Los griegos fueron los primeros en estudiar las enfermedades mentales desde el punto de vista científico, separando el estudio de la mente de la religión, y atribuyendo a las enfermedades psíquicas a un origen natural. Esto subsistió hasta fines del siglo XVIII.

La medicina griega buscó leyes universales que pudieran constituir la base de una ciencia real de la enfermedad, investigando exhaustivamente las leyes que gobiernan las enfermedades y buscando la conexión de cada parte y el todo, la causa y el efecto. Además de los tratamientos para el cuerpo, (Escuela Hipocrática), emplearon tres tratamientos psicológicos que fueron: La inducción del sueño, in-

interpretación de los sueños (a cargo de sacerdotes) y el diálogo con el paciente. Templos de la salud de Asclepio: VI a. C. en Tesalia. Uso terapéutico de los fenómenos oníricos.

➤ Hipócrates (460-370 a. C.) Padre de la Medicina, y sostuvo que las enfermedades se producían por un desajuste de los cuatro humores esenciales: flema, bilis amarilla, bilis negra y sangre. Pequeños excesos de estos tres humores y de sangre daban lugar a personalidades flemáticas, coléricas y sanguíneas. Estas denominaciones del temperamento perduran hoy en día, incluso en el lenguaje popular. Hipócrates ubicó en el cerebro la capacidad para pensar, sentir o soñar. También fue pionero en describir y clasificar racionalmente enfermedades como epilepsia, manía, paranoia, delirio tóxico, psicosis puerperal, fobias e histeria.

➤ Los filósofos (los máximos exponentes son Sócrates, Platón y Aristóteles) desarrollan varias teorías sobre el alma y sobre la doctrina del conocimiento.

Los romanos continuaron directrices similares a las griegas y postulaban que las pasiones y deseos insatisfechos actuaban sobre el alma produciendo enfermedades mentales.

Aulo Cornelio Celso (25 a. C.-50 d. C.), dividió las enfermedades en locales y generales; dentro de estas últimas incluyó las enfermedades mentales, que a su vez las dividió en febriles (delirios) y no febriles (locura). Utiliza el término "*insania*" para describir las enfermedades mentales, y utiliza la musicoterapia como tratamiento de la locura.

Areteo de Capadocia (50-130 d. C.) hizo descripciones clínicas de diversas enfermedades y se centró en el bienestar de los pacientes. Estableció que la manía y la melancolía podían presentarse como dos extremos de una misma enfermedad, y fue el primero en hablar de personalidades pre-psicopáticas; concluyó que las personas propensas a la manía eran irritables y violentas, en tanto que las propensas a la melancolía eran de carácter depresivo. Adelantándose a Emil Kraepelin, sostuvo que el pronóstico es determinante en la naturaleza de la enfermedad.

Como médicos prestigiosos de la Roma clásica destacó:

➤ El médico romano Galeno de Pérgamo (130-200) fue el más famoso médico de la antigüedad después de Hipócrates. Sostuvo como tesis, que la salud del individuo se basa en el equilibrio entre la sangre y una serie de humores conocidos como bilis amarilla, bilis negra y flema.

3.5. PSIQUIATRÍA PRECIENTÍFICA-EDAD MEDIEVAL

■ Edad Media (476-1492).

Con la caída del Imperio Romano, las ideas de las cultura grecorromana sufren una involución.

➤ La Iglesia excluyó a la Psiquiatría de la Medicina, pero no pudo abolirla, y reapareció bajo el nombre de Demonología, (las enfermedades mentales fueron de nuevo consideradas como posesiones demoníacas) La actitud hacia los enfermos variaba entre el rechazo y la tolerancia. Renació el primitivismo y la brujería, y con ello el modelo sobrenatural de la enfermedad mental. Destacaron:

Arnau de Vilanova (c. 1238-1311) de los más prestigiosos médicos de su tiempo. Sus teorías aparecen a veces influidas por la astrología y por la magia. La medicina árabe floreció en la Edad Media que rescata algunos textos de los sabios de la Grecia clásica. Las principales figuras de la medicina árabe medieval fueron: Rhazes (865-925) Influenciado por Galeno, Avicena (980-1037), Maimónides (1135-1204) médico y filósofo de religión judía (Califato de Córdoba), que se exilió a Egipto. Su obra trata de aspectos de higiene mental. Aparecen los Hospitales para enfermos mentales, edificios especialmente destinados a la acogida de los enfermos mentales. La brujería constituyó un fenómeno típico de la edad perseguida por la inquisición.

3.6. RENACIMIENTO (1453-1600)

El Renacimiento, tiene su inicio tras la toma de Constantinopla por los turcos. En esta época se destruye lo conseguido durante la época clásica, y aunque ofreció la promesa de un nuevo espíritu de humanismo y conocimiento, se convirtió en una de las peores épocas en la historia de la psiquiatría.

➤ La brujería y las posesiones demoníacas explicaban las enfermedades mentales. El tratamiento prescrito era la tortura y la cremación para liberar el alma del desdichado.



↑ Como hechos positivos en este periodo, tiene lugar Primera revolución psiquiátrica, consistente en la fundación del primer hospital psiquiátrico del mundo, en Valencia en 1409, por el sacerdote Fray Juan Gilbert Jofré. Posteriormente, desde 1412 a 1489 se fundaron en España cinco centros similares y en 1567 se formó el primer centro mental en el nuevo mundo (México).

➤ Philippus Aureolus Bombast von Hohenheim (Paracelso 1493-1541) médico y alquimista suizo, escribió "Sobre las enfermedades que privan de la razón", donde expone que las enfermedades mentales no son de origen divino, sino por causas naturales. Ofrece una nueva clasificación de éstas en cinco grupos: epilepsia, manía, locura verdadera, baile de San Vito y "suffocatio intellectus". La locura verdadera la subdivide a su vez en cinco tipos: lunáticos, insanos, melancólicos y obsesos.

3.7. BARROCO (1600-1740)

En este período, tienen lugar grandes avances en múltiples áreas de la medicina (anatomía, fisiología, histología...). La psiquiatría no presentó grandes cambios. Los pacientes psicóticos permanecían recluidos en asilos, pues se les consideraba una especie de "alienados".

➤ Destacó Thomas Sydenham (1624-1689), médico inglés. Plantea, que la histeria no sería una enfermedad del útero, sino del cerebro, y la existencia de la histeria masculina.

➤ Como puente a la Ilustración puede considerarse la concepción animista o vitalista del profesor alemán George Ernst Stahl (1659-1734) que dividió las enfermedades psiquiátricas en dos grandes grupos: simpáticas (en las que se encontraba afectación de algún órgano) y patéticas (en las que no se hallaba patología orgánica). Esta clasificación influyó en algunas escuelas posteriores.

3.8. ILUSTRACIÓN (1740-1800)

➤ Durante esta etapa, unos enfermos eran internados en los hospitales, mientras que otros vagaban solitarios, siendo objeto de desprecios, burlas y maltratos. En 1656, un edicto en Francia estableció asilos para insanos, donde se encerraban enfermos

mentales junto con indigentes, huérfanos, prostitutas, homosexuales, ancianos y enfermos crónicos, a lo que se sumaba que debían soportar los inhumanos tratamientos eméticos, purgantes, sangrías y torturas.

↑ Hacia el 1800 surge en Francia la psiquiatría científica, con la obra del médico y reformador francés Philippe Pinel (1745-1826), quien plantea que no deben construirse nuevas hipótesis sino centrarse en la observación y descripción de hechos. Con Pinel los enfermos mentales comienzan a ser considerados como seres humanos merecedores de un tratamiento médico. A cargo de la Bicêtre, liberó a los pacientes de sus cadenas en 1793; dos años después hizo lo mismo en la Salpêtrière, donde fue nombrado director (1795). Llamó a su labor "tratamiento moral", y muchos de sus principios conservan su valor hasta hoy. En su obra Tratado de la Insania (1801), clasificó las enfermedades mentales en cuatro tipos: manía, melancolía, idiocia y demencia, explicando su origen por la herencia y por las influencias medioambientales.

↑ Con su obra y sus seguidores, como Esquirol, la psiquiatría se libera de las interpretaciones demonológicas y se sustituye la especulación por la observación empírica, teniendo lugar así la Segunda revolución psiquiátrica.

3.9. ROMANTICISMO (1800-1848)

➤ Jean Étienne Dominique Esquirol (1782-1840), fue el psiquiatra más influyente de esta época. Continuator de la terapia moral, para él, el asilo como el arma más poderosa contra la enfermedad mental. Fue autor de una ley, en 1838, que estableció la construcción de un asilo en cada departamento de Francia. En su libro "Enfermedades mentales: un tratado de insania" (1838), establece el término "alucinación", que diferenció de la ilusión. Además, clasificó las insanias en "monomanía" (insanias parciales, como la paranoia) y "manía general" (similar al delirium); a la monomanía asociada con depresión la llamó "lipemania". Inauguró el primer curso de psiquiatría. Jacques Joseph Moreau de Tours (1804-1884), seguidor suyo, fue el primero en describir un cuadro psicótico inducido por una droga (el Hashish).

El cirujano inglés James Braid (1795-1860), acuña el término "hipnosis".

El neurólogo francés Jean Martin Charcot (1825-1893), diferenció entre las pacientes con lesiones orgánicas y aquéllas cuyos síntomas eran de origen psicológico o “histérico”. Fue también el primero en estudiar la función del trauma psicológico en el origen de la histeria, suponiendo que los recuerdos traumáticos se almacenan en el inconsciente, separados de la conciencia, y dan lugar a los síntomas físicos.

Otros autores importantes: Johann Reil (1759-1813), creador de la psicoterapia Joseph Adams (1756-1818), estableció que lo que se hereda, es la susceptibilidad a la enfermedad, Wilhem Griesinger (1817-1868), proclamó que las enfermedades mentales son patologías cerebrales, Walter Cooper Dendy (1794-1871) introdujo el término “psicoterapia”, Daniel Hack Tuke (1827-1895) autor, junto con John Charles Bucknill (1817-1895), del primer texto completo de psiquiatría.

3.10. POSITIVISMO NATURALISTA (1814-1914)

Comienza la decadencia de la psiquiatría francesa con la “teoría de la degeneración” de Morel (Benedict Augustín de Morel 1809-1873), quién en su “Tratado de enfermedades mentales” (1860) donde postula, que algunas enfermedades mentales podían heredarse de padres con afecciones similares y que la predisposición podía sufrir una activación lenta hasta convertirse en una enfermedad bien por transmisión vertical repetida o producirse una activación repentina por agentes externos como traumas sociales, alcoholismo infecciones. Introdujo la denominación de “demencia precoz” para referirse a la actual esquizofrenia.

Otros exponentes de esta teoría fueron: Valentin Magnan (1835-1916), francés, uno de sus iniciadores; Y. Richard von Krafft-Ebing (1840-1902), Cesare Lombroso (1836-1909). Ambos se dedicaron al estudio de la psicopatía y de la criminalística.

A mediados del siglo XIX ocurre la Tercera revolución psiquiátrica, con las concepciones de E. Kraepelin (1856-1926) “Hay que acercarse a la cama del enfermo y observarlo”, y revalorizó la investigación clínica sobre la especulación teórica y la anatomía patológica, otorgándole la importancia al estudio del curso completo de la enfermedad. Elaboró un sistema de psiquiatría descriptiva que todavía se emplea para clasificar a los pacientes de acuerdo a su conducta.

Describió por primera vez la “*Dementia Praecox*” y la “Psicosis maniaco-depresiva”. En 1883 publicó la primera edición de su “*Lehrbuch der Psychiatrie*”, de enorme difusión, alcanzando la novena edición en 1927.

Sigmund Freud (1856-1939), por su parte, “Hay que escuchar al enfermo y comprenderlo”. Descubre que el ser humano tiene algo más que la mente consciente, fundando en 1896 el “Psicoanálisis” para referirse a su técnica de asociaciones libres e interpretación de sueños con el objetivo de traer a la conciencia los recuerdos traumáticos del pasado almacenados en el inconsciente. Fue el creador de la teoría de la personalidad, empleó la hipnosis para el tratamiento de la histeria, (enfermedad que relacionó con problemas sexuales) y describió los mecanismos mentales de defensa del yo.

3.11. PSIQUIATRÍA CIENTÍFICA ACTUAL (1914-...)

La psiquiatría llega a su máximo desarrollo durante el siglo XX, con las clasificaciones internacionales, las diferentes psicoterapias y con la aparición de la psicofarmacología.

Paul Eugène Bleuler, estudioso de las psicosis, en su libro “Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias” (1911), afirmó que, no todas las esquizofrenias evolucionan a demencia. Destacó cuatro síntomas clave en esta enfermedad: autismo, ambivalencia y alteraciones en la asociación y afectividad.

Karl Jaspers (1883-1969) alemán, elaboró una metodología sistemática. Su libro de Psicopatología general de 1912 tuvo una gran influencia en el pensamiento psiquiátrico posterior. Pasó de la psiquiatría a la filosofía, convirtiéndose en un exponente del existencialismo alemán.

Ernest Kretschmer (1888-1964) alemán, de los pioneros en describir científicamente la relación entre el tipo corporal, el temperamento de las personas y algunas características de sus enfermedades psíquicas. Realizó una conocida clasificación biotipológica en leptosomáticos, pícnicos y atléticos. Vinculó, los Biotipos, leptosómico y pícnico, con la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva, respectivamente.

A. Meyer (1866-1950). Autor de Psicobiología: “una ciencia del hombre” (1957). Kurt Schneider (1887-



1967), autor de Psicopatología clínica (1959), implementó los enfoques descriptivo y fenomenológico de E. Kraepelin y Karl Theodor Jaspers, respectivamente. Dividió los síntomas de la esquizofrenia en primarios (síntomas schneiderianos) y secundarios.

▶ Henry Ey (1900-1977). Psiquiatra rosellonés autor de una extensa obra docente y asistencial. Destacó en él un tratado sobre las alucinaciones. Su obra ha constituido el texto básico de toda una generación de psiquiatras. Fundó en 1.950 los congresos mundiales de psiquiatría.

▶ Alfred Adler (1870-1937) fue el primer psicoanalista en diferenciarse de las ideas de Freud, fundando la escuela de psicología individual. Le debemos las expresiones “estilo de vida” y “complejo de inferioridad”. Posteriormente el psicoanálisis comienza a degranarse en múltiples escuelas, siendo los primeros en desligarse de Freud: Ana Freud, Carl Jung, y Melanie Klein.

▶ En plena expansión del psicoanálisis el ruso Iván Pavlov (1849-1936) en sus experimentos sobre conducta aprendida y no aprendida da origen al Conductismo o Psicología del Comportamiento, tras él destacan en ésta área John Broadus Watson (1878-1958) y Burrhus Frederic Skinner (1904-1990).

Se desarrollan también otro tipo de psicoterapias, como es la psicoterapia centrada en el cliente de Carl Rogers (1902-1987), la terapia gestáltica de Fritz Perls (1893-1970); el análisis transaccional de Eric Berne (1910-1970), centrada en la influencia de los padres sobre los hijos.

↑ En la década de los 60, surge en Inglaterra la llamada Antipsiquiatría como movimiento social, teniendo como iniciadores a Ronald D. Laing (1927-1989), con su obra “El yo dividido” (1960), y David G. Cooper (1931), autor de “Psiquiatría y antipsiquiatría” (1967) y “La muerte de la familia” (1971). Este movimiento cuestionó a la familia y al estado, convirtiendo a la enfermedad mental en un mito, para descalificar a ciertas personas, siendo los psiquiatras instrumentos del poder opresivo. Con estas ideas, los antipsiquiatras fundan la institución Kingsley Hall (1965-1970), en donde los supuestos enfermos podían realizar libremente sus “viajes” regresivos. En Italia, Franco Basaglia (1924) influyó en la promulgación de la ley 180, que cerró los hospitales psiquiátricos. La antipsiquiatría tuvo una existencia efímera.

▶ Otros tratamientos utilizados a lo largo del siglo XX han sido: la inducción de malaria en pacientes con parésias generales, el coma insulínico, el electrochoque, y la psicocirugía.

↑ En el ámbito de la psicofarmacología, en 1952 dos psiquiatras franceses Jean Delay (1907-1987) y Pierre Deniker (1917-1998) demostraron las propiedades antipsicóticas de la clorpromazina, primer tratamiento realmente efectivo contra la esquizofrenia, por lo que se considera el año en que se produce la Cuarta revolución psiquiátrica. En los siguientes años aparecieron nuevos antipsicóticos fenotiazínicos y de otros grupos. En 1960 se sintetizó la clozapina, el primero de los denominados antipsicóticos atípicos. En 1957 el psiquiatra suizo Roland Kuhn (1912) norteamericano Nathaniel Kline (1916-1983), demostraron respectivamente los efectos antidepresivos de la imipramina (del grupo de los tricíclicos) y de la fenelzina (del grupo de los IMAO). En 1987 se introdujo la fluoxetina, el primer ISRS. 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, como la esquizofrenia, los trastornos afectivos mayores, el trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos de ansiedad.

Al comenzar el siglo XX, sólo se conocían cinco fármacos con propiedades sedantes: bromuro (introducido en 1853), hidrato de cloral, paraldehído, uretano y sulfonal. La aparición del fenobarbital en 1912, dio lugar a la síntesis de 2500 barbitúricos, de los cuales 50 se utilizaron comercialmente. En 1957 se sintetizó el clordiazepóxido. Durante la década de los 60, los barbitúricos dejaron paso a las benzodiacepinas. Fue en 1949 que el psiquiatra australiano John Cade (1912-1980) describió los efectos del Litio para el tratamiento de pacientes maniacos, Sin embargo, debido a los temores que despertaba este elemento por su toxicidad, fue en 1970 cuando la FDA aprobó su uso en los EE.UU.

“Los paralelismos entre la historia y la clínica, son muchos. Su interacción es tan estrecha que, se sepa o no, en el fondo resultan inseparables. Todo historiador de la psiquiatría investiga con un modelo clínico en la cabeza, y todo clínico actúa no sólo sujeto a unas coordenadas históricas irrebables, sino bajo un criterio histórico”

Fernando Colina

RECOMENDACIONES CLAVE

Aportaciones de los maestros clásicos.

Tratamiento humanitario del paciente.

Pinel.

Aportación árabe.

Descubrimiento del psicoanálisis.

Freud.

Otras psicoterapias. Modificación de conducta.

Descubrimientos.

Psicofarmacología.

Tratamiento electroconvulsivante.

4. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Álvarez JM, Esteban R, Sauvagnat F. Fundamentos de psicopatología psicoanalítica. Madrid: Ed. Síntesis. 2004.

Alexander F, Selesnick S. Historia de la psiquiatría. Barcelona: Espaxs. 1996.

Laín Entralgo P. Historia de la medicina. Barcelona: Elsevier, Masson. 2006. ISBN 978-84-458-0242-7.

Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. Tomos I y II. Fondo de cultura económica. México. 1967.

López Muñoz F, Álamo González C. Historia de la psicofarmacología. Madrid: Ed. Médica Panamericana. 2006.

5. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Galeno. Sobre la localización de las enfermedades. Madrid: Ed. Gredos. 1997.

León Castro HM. Estigma y enfermedad mental. Un punto de vista histórico-social. Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizán 2005;6:33-42.

Barnes M, Berke J, Schatzman M, Sedgwick P. Laing y la antipsiquiatría. Alianza editorial. 1978.

Vilanova A. Erasmo y Cervantes. Barcelona: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1949, cap. 2, 22-23.

Dewhurst K, Dr. Thomas Sydenham (1624-1689). His Live and Original Writings. London: Wellcome Historical Medical Library. 1966.

Philippe P. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Paris: J.A. Brosson. 1809.





2. CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL



Autores: José Luis Medina Amor y Rebeca Suárez Guinea
Tutor: Rufino José Losantos Pascual
Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid

CONCEPTOS ESENCIALES

Paradigma. Este término fue introducido por Thomas Kuhn en: La estructura de las revoluciones científicas, publicada en 1962. El paradigma representa un conjunto de creencias, valores y técnicas que determinan la forma de percibir una realidad, compartidas por los miembros de una determinada comunidad científica. Los diferentes paradigmas surgen, confrontan, alternan y se suceden, sustentados por los grupos científicos de presión dominantes en diferentes periodos históricos. No es infrecuente que con el tiempo vuelvan a reformularse, con pretensiones de novedad, paradigmas previos.

Conducta anormal. Se define como aquella que se desvía de la norma de referencia (estadística, subjetiva, social o biológica). Por sí misma no puede considerarse enfermedad y hay que analizarla siempre en el contexto en que se produce.

Trastorno mental. Según la CIE-10 (1992), este concepto se asocia a un comportamiento o un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo. No se incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales.

“Para ocuparse de los “locos” se ha necesitado siempre una ciencia que pudiese penetrar donde las ciencias naturales no podían: el universo de la mente humana”.

(F. Alexander en Historia de la Psiquiatría, 1970)

1. INTRODUCCIÓN

El concepto de enfermedad mental es fundamento y piedra angular de la nosología psiquiátrica, sin embargo, su delimitación resulta compleja y difícil. Entre los factores que pueden dar cuenta de esta complejidad destacan:

➡ En primer lugar los problemas derivados de la propia entidad del enfermar psiquiátrico que se sitúan en la encrucijada entre los factores biológicos, psicológicos y socio-culturales, con

una amplitud y diversidad muy difícil de abarcar conceptualmente.

- En segundo lugar por el componente de subjetividad que lleva implícita la enfermedad mental, factor que dificulta la aproximación objetiva a la que aspira la psiquiatría como saber científico. La evaluación del sujeto que experimenta el supuesto enfermar, también está imbuida de este mismo carácter subjetivo.
- En tercer lugar destaca la gran carga de representación social que llevan asociados los tras-



tornos mentales, en las diferentes culturas. La enfermedad mental tiene una enorme relevancia social, su concepto está muy influido por las configuraciones socioculturales propias de la comunidad y del periodo histórico determinado. Las concepciones científicas deben analizarse desde su contexto histórico cultural.

- Por último hay que señalar, a efectos más prácticos, que los poderes y gestores de recursos sanitarios adaptan sus políticas a las necesidades que consideran más prioritarias, lo que dependerá en gran parte de la visión que tengan sobre los trastornos psíquicos necesitados de atención, opinión que no siempre coincide con la de los psiquiatras.

➡ En este difícil contexto, el psiquiatra debe tener una visión clara de los criterios que delimitan la patología psiquiátrica, los trastornos que la integran y las posibilidades de tratarlos. Pero también debe comprender que este trabajo no puede realizarse de forma aislada o encapsulado dentro de los comités especializados, al margen de la sociedad que los sustenta. Es necesario saber transmitir esta visión técnica-especializada a los poderes públicos y a los gestores de recursos sanitarios, sin obviar al grupo social de referencia.

Intentaremos diseñar el marco conceptual básico desde el que puede abordarse una teoría general del enfermar psiquiátrico con las implicaciones prácticas que conlleva para el especialista en psiquiatría.

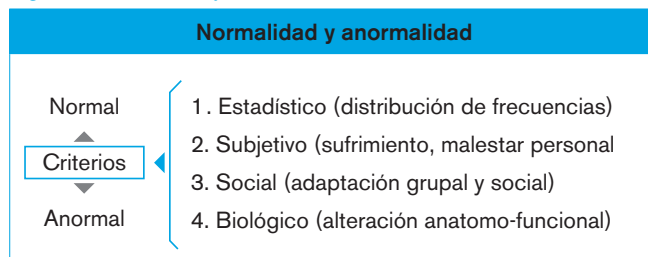
2. NORMALIDAD Y ANORMALIDAD PSÍQUICA

Al introducir la teoría del enfermar psiquiátrico parece lo más procedente iniciarlo con unas consideraciones sobre la conducta anormal. La forma en que se define la anomalía está estrechamente relacionada con la clase de problemas que el especialista en psiquiatría tiene que afrontar.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua define la norma como la regla que se debe seguir o a la que se deben ajustar las conductas. Lo *anormal* sería lo que se desvía de la norma. El problema, en principio, consiste en especificar la norma de referencia para calificar una conducta como desviada o

anormal. En este sentido se han propuesto una serie de criterios (figura 1):

Figura 1. Normalidad y anomalía.



2.1. CRITERIO ESTADÍSTICO

➡ Este criterio se sustenta sobre dos supuestos: la frecuencia y la continuidad de las variables psicológicas sometidas a estudio.

- Lo normal es lo que aparece con mayor frecuencia y lo anormal es lo infrecuente, aquello que se sale de los límites de la distribución normal (estadística) en su población de referencia. A veces ocurre que la supuesta anomalía es deseable (p. ej. el caso del cociente intelectual elevado) entonces la anomalía estadística suele ser única y corresponde a uno de los polos de la distribución.
- Existe una continuidad entre las conductas normales y las anormales, su diferencia se considera de naturaleza cuantitativa, esto es, cuestión de grado (excesivo o deficiente).

Este criterio no especifica la esencia de la normalidad, ni los límites entre salud y enfermedad, por lo que tiene escasa utilidad y validez en el contexto científico de la psiquiatría.

2.2. CRITERIO SUBJETIVO

➡ Según este criterio es el propio sujeto el que evalúa su estado y situación personal. En este caso es el propio individuo el que detecta una anomalía en sí mismo (malestar, incapacidad, etc.), la comunica e intenta determinar su origen. Aparte del valor psicopatológico que pueda tener la introspección personal, hay que reconocer que es un criterio bastante impreciso y limitado. La falta de conciencia de enfermedad es muy frecuente en los trastornos psicóticos y, en el extremo opuesto, también existe una tendencia a la sobrevaloración de dificultades de la vida cotidiana.

2.3. CRITERIO SOCIAL

Según este criterio se contempla lo anormal como una desviación del conjunto de creencias y conductas aceptadas por la sociedad.

➡ El marco normativo de referencia es la adaptación al rol personal y social que lleva adscrito el ser miembro de una comunidad determinada.

Es preciso examinar de forma crítica el contexto social y el tipo de circunstancias ambientales que supuestamente inciden en la conducta antes de poder calificarla como anormal y mucho más como patológica. Con demasiada frecuencia, normas sociales que implican juicios de valor peyorativos pueden catalogar como anormales problemas o formas de vida alternativas, simplemente porque no siguen los patrones culturales de la mayoría social o pueden realizarse inferencias etiológicas absolutamente fuera de lugar.

El criterio social es útil y adecuado en muchos casos, pero por sí solo es insuficiente para definir como anormal y patológica una conducta.

2.4. CRITERIO BIOMÉDICO

➡ Corresponde al terreno de la medicina y considera lo anormal como resultado de lesión o disfunción fisiológica. Estas anomalías pueden tener nula o escasa significación patológica o, por el contrario, pueden considerarse como enfermedades en sentido médico estricto. El criterio biológico sólo da cuenta de un grupo específico de anormalidades psíquicas, al margen de consideraciones psicológicas o sociales.

Este criterio establece la diferencia entre salud y enfermedad. Sin embargo ambos conceptos no son condicionantes que permitan definir la una como ausencia de la otra. La salud mental es un concepto que se refiere al bienestar emocional y psicológico del individuo y no solamente a la ausencia de enfermedad.

2.5. CONCLUSIONES SOBRE LAS CONDICIONES DE ANORMALIDAD

- Todos y cada uno de los criterios expuestos, por sí solo resulta insuficiente como referencia para dar cuenta de todas las condiciones de anormalidad que pueden darse en la práctica. Pero lejos de ser incompatibles son complementarios e igualmente necesarios para la comprensión de la conducta anormal.

- En principio, el que una conducta sea anormal no implica necesariamente que sea patológica. Incluso existen grados dentro de cada anomalía o alteración y no todos implican una alteración psicopatológica.
- El concepto de normal y anormal surge siempre en función del contexto en el cual el acto se realiza. Lo anormal puede ser patológico e inadaptado en unos casos, pero también sano y adaptado en otros.
- La naturaleza de lo patológico no viene dada por su anormalidad, sino porque comporta una restricción de la libertad personal (entendida como forma potencial de enriquecimiento existencial que mejora las relaciones humanas). Henry Ey definía la psiquiatría como una patología de la libertad, resaltando el carácter personal y existencial que tiene la enfermedad mental.

3. PARADIGMAS Y MODELOS SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL

El concepto de enfermedad mental se ha interpretado en el contexto de una serie de paradigmas que han ido surgiendo a lo largo de la historia:

3.1. EL PARADIGMA TEOLÓGICO

Este paradigma interpreta la enfermedad mental dentro del contexto sociocultural mágico-religioso. Este recurso a lo mágico, esotérico, oculto y a toda suerte de creencias, mitos, rituales y prácticas exóticas, como opuesto a los métodos de la ciencia oficial, persiste y se renueva periódicamente en la imaginación popular, hasta la actualidad.

3.2. EL PARADIGMA BIOLÓGICO

Es la base del pensamiento médico-psiquiátrico y puede seguirse desde la medicina hipocrática (siglo V a.C.). Superando las concepciones animistas, sostiene la causalidad natural del enfermar. La enfermedad mental tiene una etiología orgánica (cierta o presumible). Su desarrollo se produce sobre todo a partir de la segunda mitad del siglo XIX, en un intento de extender a la psiquiatría el pensamiento anatomo-clínico y fisiopatológico propio de la medicina. Con Kraepelin se establecen las bases para la descripción y clasificación de las enfermedades mentales. Este paradigma se ha mantenido firmemente anclado en



la medicina psiquiátrica, a pesar de la influencia de otras corrientes psicológicas o sociales. En los últimos años a partir de los avances en neurociencias, la psicofarmacología y la informática, se asiste a un resurgimiento a gran escala de este paradigma. Los elementos fundamentales de este modelo se representan en la tabla 1.

Tabla 1. Modelo biológico

El concepto de enfermedad implica una anormalidad biológica subyacente (estructura o función anormal en algún lugar del organismo).
Esta causa orgánica es la responsable del cuadro clínico que presenta el enfermo.
El diagnóstico se hace a partir de los signos y síntomas del paciente (a veces se precisan pruebas complementarias).
El diagnóstico conduce al pronóstico.
El tratamiento, básicamente biológico, se dirige a la supuesta causa orgánica de la enfermedad.

3.3. PARADIGMA Y MODELOS PSICOLÓGICOS

Si bien es cierto que existen referencias subjetivas o personales sobre la enfermedad mental y consideraciones psicogenéticas sobre su determinismo (por ejemplo Charcot, Janet), el paradigma que se considera como referente inicial será el psicoanálisis, que se inicia con la obra de Freud a finales del XIX y dominará sobre todo la psiquiatría americana hasta la década de los 60. Después irá perdiendo fuerza a favor de los modelos conductista y cognitivo. Los aspectos básicos de estos modelos se esquematizan en las tablas siguientes (tablas 2, 3 y 4).

Tabla 2. Modelo psicodinámico

La enfermedad mental es el resultado de conflictos psicológicos inconscientes que surgen en la biografía del individuo (experiencias tempranas), por lo que su diagnóstico requiere identificar las fuerzas dinámicas que lo dirigen e impulsan.
Adopta una perspectiva dimensional, asumiendo una continuidad entre salud y enfermedad (alteraciones emocionales leves → neurosis → psicosis).
La forma de afrontar la patología será desde la investigación y terapia psicoanalítica.

Tabla 3. Modelo conductista

Parte de los constructos básicos del condicionamiento (clásico y operante) y considera la enfermedad mental como resultado del aprendizaje de hábitos inadecuados que pueden surgir en cualquier momento de la vida.
Rechaza las categorías médicas tradicionales y considera que la conducta anormal se diferencia tan solo cuantitativamente de la normal. El diagnóstico médico tradicional queda sustituido por el diagnóstico funcional de la conducta.
Adopta una perspectiva dimensional (continuidad entre hábitos correctos → anómalos).
Acentúa la importancia de los factores del ambiente que condicionan el aprendizaje a que se ha visto sometido el individuo desde la infancia.

Tabla 4. Modelo cognitivo

El modelo cognitivo considera la enfermedad mental como el resultado de una representación deformada de la realidad, con estrategias de conducta inadecuadas.
En vez de referirse a conductas anormales o enfermedades mentales, se utilizan términos más amplios y difusos como experiencias inusuales o anómalas, conceptualizados como actividades mentales con sus correlatos físicos y comportamentales.
Existe una continuidad entre las estructuras cognitivas normales y las anómalas.

3.4. EL PARADIGMA SOCIAL

La psiquiatría social se desarrolla sobre todo después de la II Guerra Mundial. Esta orientación destaca la importancia de los factores sociales en la génesis de los trastornos mentales (tabla 5). Se pueden diferenciar dos niveles:

- Micro-social, que considera la enfermedad mental como consecuencia de la alteración de las relaciones interpersonales y de la comunicación en los grupos pequeños (familiares y otros).
- Macro-social, que centra la atención en las grandes estructuras sociales y el papel patógeno en la desintegración y el conflicto social.

En sus posturas más extremas todo el enfermar psiquiátrico se reduce a una sociososis, una enfermedad de

la sociedad. Hay autores que desde una perspectiva histórica sostienen que la enfermedad mental es un mito, una invención social. La antipsiquiatría se plantea la crisis de las instituciones psiquiátricas que se contemplan como estructuras represivas e ineficaces.

Orientaciones más constructivas han permitido el desarrollo de la psiquiatría comunitaria canalizando el movimiento asistencial hacia una reforma de las instituciones psiquiátricas y a una atención centrada en la rehabilitación psicosocial.

Tabla 5. Modelo social

Considera que los factores sociales desempeñan un papel significativo en el desarrollo y persistencia de la morbilidad psiquiátrica.
Existe una continuidad entre salud y enfermedad mental.
La tarea de la psiquiatría sería la de transformar las estructuras sociales.

↑ 3.5. CONCLUSIONES

Cada uno de estos modelos tiene una utilidad limitada, aportando distintas perspectivas sobre el concepto de enfermedad mental. Ninguno es suficiente *per se* para dar cuenta de su complejidad. Existen también propuestas que tratan de integrar los modelos anteriores, con la intención de evitar los reduccionismos, aunque tampoco resultan del todo satisfactorios. Como ejemplo, destaca el modelo bio-psico-social de Engel que pretende ser ecléctico aspirando a integrar, de una forma global y dinámica, la personalidad con los niveles biológicos y sociales. Partiendo de la teoría general de sistemas, organiza jerárquicamente las variables diagnósticas, desde lo molecular a lo socio-cultural, aunque el resultado es un tanto confuso, con dificultades de aplicación en la práctica. Su importancia radica sobre todo en la llamada de atención sobre la necesaria integración de los componentes biológicos, psicológicos y sociales de la enfermedad mental.

4. EL CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL EN LAS CLASIFICACIONES INTERNACIONALES

En las clasificaciones de referencia nucleares surgidas como resultado de un consenso internacional,

como las clasificaciones oficiales vigentes (CIE 10 y DSM IV-TR), se han evitado términos como “enfermedad” o “padecimiento” para no suscitar problemas con su significado. El término, aceptado y consensuado entre los diferentes autores y escuelas, ha sido el de trastorno mental. El término implica, lamentablemente, la distinción entre lo mental y lo físico que remite al dualismo mente/cuerpo de épocas pasadas. La realidad es que esta distinción es artificial, hay mucho de mental en lo físico y viceversa, mucho de físico en lo mental. Los mismos autores admiten que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto de trastorno mental.

↑ 4.1. DEFINICIÓN DE TRASTORNO MENTAL

La definición que proporciona el DSM IV-TR, en línea con las versiones anteriores (DSM III, DSM III-R, DSM IV) y la CIE 10, considera el trastorno mental como: “un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej. dolor), a una discapacidad (p. ej. deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir, o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej. la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej. político, religioso, sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción”. Los mismos autores reconocen que no es una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades que pueden darse en la clínica.

4.2. LIMITACIONES DE LA NOSOLOGÍA EMPÍRICO-DESCRIPTIVA

↑ En estos sistemas empírico-descriptivos las diferentes categorías de trastornos mentales se establecen basándose en series de criterios con rasgos definitorios. Esta nosología presenta importantes limitaciones, destacando su escaso fundamento psicopatológico. Los síntomas son considerados aisladamente, en un nivel superficial, sin tener en cuenta que forman parte de una realidad más com-



pleja, en conexión con el resto de las funciones que conforman la vida psíquica del individuo, así como sus relaciones con el entorno. Tampoco se establece una ordenación jerárquica de la sintomatología, ni se delimitan síntomas patognomónicos que orientan hacia el diagnóstico. Sin mayores consideraciones, los síntomas se relacionan directamente con uno o varios trastornos. Para hacer el diagnóstico de un determinado trastorno solo necesita presentar unos pocos síntomas de una lista general más amplia. Los trastornos así definidos son heterogéneos en sí mismos. No hay fronteras claras entre las categorías, se dan extensas áreas de solapamiento que hacen posible una multiplicidad diagnóstica, escasamente validada, y un incremento notable de la comorbilidad.

En otro orden de cosas, en el estado actual de la psiquiatría, los métodos diagnósticos de que se dispone, sobre todo los biológicos, son imprecisos. Los estudios familiares, los correlatos biológicos o, incluso la respuesta terapéutica, no aportan en el momento actual resultados concluyentes, salvo en algunos trastornos aislados.

4.3. CATEGORÍAS Y DIMENSIONES

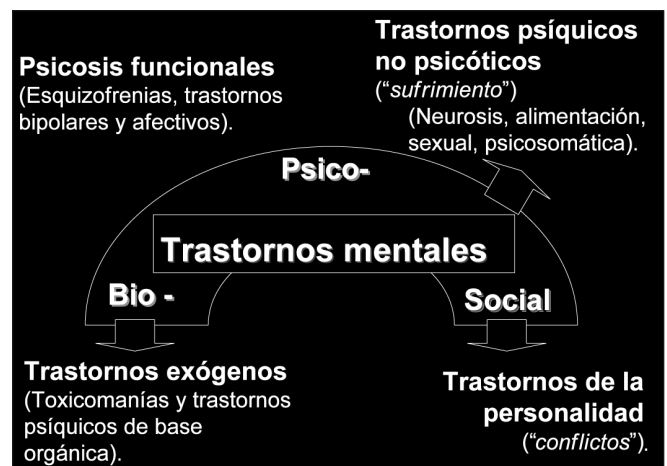
Las críticas anteriores nos llevan a la revisión de estos modelos de clasificación. Ya en el proyecto del DSM-IV algunos autores propusieron un modelo dimensional a diferencia del modelo categorial vigente. El sistema dimensional clasifica los casos clínicos basándose en la cuantificación de atributos y no en la asignación de categorías. Este sistema sería de mayor utilidad en la descripción de fenómenos que se distribuyen de manera continua y que no poseen límites definidos, aumentando la fiabilidad y proporcionando una mayor información clínica (ya que define atributos clínicos que pueden pasar desapercibidos en un sistema de categorías). Pero también el modelo dimensional tiene serias limitaciones que lo hacen menos útil para la práctica clínica y la investigación,

sobre todo a la hora de determinar el tipo y grado de los atributos o factores que deben usarse (rasgos de personalidad, vulnerabilidades, parámetros biológicos específicos y otros) en la clasificación.

4.4. DEFINICIONES PARCIALES

Debido a la compleja naturaleza bio-psico-social de los trastornos mentales, en el momento presente no es factible concretar una definición operativa que englobe todas las patologías. En este contexto pueden ser más útiles definiciones parciales que se centren en grandes áreas de la patología. Así, las psicosis funcionales pueden contemplarse desde la perspectiva del modelo médico, como auténticas enfermedades psiquiátricas. En cuanto a los trastornos psíquicos no psicóticos, otrora denominados neuróticos, dominados por el sufrimiento personal, son más difíciles de conceptuar, menos explicables desde el modelo médico y requieren otras aproximaciones (modelos psicológicos y sociales). Finalmente, la definición de los trastornos de personalidad es la más compleja de establecer, los límites con la normalidad son difíciles de establecer al intervenir diversas consideraciones (estadísticas, personales, sociales, morales y otras) de difícil integración (figura 2).

Figura 2. Definiciones parciales



RECOMENDACIONES CLAVE

En psiquiatría, los criterios de validación de enfermedades no pueden ser aplicados de la misma forma y con la misma solvencia que en otras ramas de la medicina. En el campo de la psiquiatría confluyen muchas patologías, pero no todas cumplen los criterios de enfermedad por cuanto su causa no es orgánica sino psicosocial. En estos casos la clínica es proteiforme y cambiante, las fronteras con otras patologías son difusas, el pronóstico variable, la condición genética y biológica del trastorno inexistente y la respuesta terapéutica inespecífica y muchas veces impredecible. El término trastorno mental adoptado por las clasificaciones internacionales es, simplemente, una fórmula de consenso. Se discuten los modelos de clasificación categoriales versus dimensionales. Dentro de un contexto tan complejo se recomienda adoptar una postura ecléctica, adoptando definiciones parciales, según el tipo de patología, mientras se van incorporando nuevos datos de la investigación.

5. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Organización Mundial de la Salud: CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Meditor. 1992.

Organización Mundial de la Salud: CIE 10. Clasificación de trastornos mentales y del comportamiento: criterios diagnósticos para la investigación.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association: DSM-IV-TR.

Vallejo J, Leal C. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Ars Médica. 2005:62-87.

Belloch A, Sandín B, Ramos F. Manual de psicopatología. Madrid: Mc Graw Hill. 1995:45-95.

6. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Ey H, Bernard P, Brisset Ch. Tratado de psiquiatría. Toray Masson. 8ª edición. 1978:4-6.

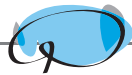
Vallejo J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Masson. 2006.

Rodríguez Testal J, Mesa Cid P. Manual de psicopatología general. Ediciones Pirámide. 2007.

Zax M, Cowen EL. Psicopatología. Interamericana México. 1979:7-9.

Eguíluz JI. Introducción a la psicopatología. Madrid: IM&C. S.A. 2001.





3. PROBLEMAS EPISTEMOLÓGICOS DE LA PSIQUIATRÍA



Autores: Noemy Escudero e Ignacio Lara Ruiz-Granados
Tutora: Carmen Rodríguez Gómez
Hospital de Jerez. Cádiz

CONCEPTOS ESENCIALES

Psiquiatría como tecnociencia.

Problemas en la captura, procesamiento e interpretación de los datos en psiquiatría.

1. APUNTE HISTÓRICO

La epistemología es la parte de la filosofía que se ocupa de estudiar qué es el conocimiento, sus límites y valores. A lo largo de la historia se han usado distintos términos para referirse a esta disciplina. Los filósofos griegos, fundamentalmente a través de las teorías elaboradas al respecto por Platón y Aristóteles, la denominaban gnoseología. Durante los siglos XV al XVIII, teoría del conocimiento y crítica del conocimiento se empleaban prácticamente como sinónimos ya que las corrientes imperantes, generadas por filósofos como Kant y Descartes, se centraban en criticar la capacidad de aprehensión de la realidad, la razón y la experiencia y sus limitaciones. El término epistemología se generaliza durante el siglo XIX. Las grandes transformaciones en las formas de conocimiento y la manera de captar los datos, han hecho que el término siga utilizándose con significados diferentes. En la tradición francesa suele distinguirse entre el estudio de la ciencia en general o “filosofía de la ciencia” y un estudio específico, crítico e histórico del desarrollo y alcances de

los métodos científicos, sus principios teóricos y sus resultados concretos.

2. FILOSOFÍA DE LA PSIQUIATRÍA

La concepción restrictiva del concepto de epistemología al ámbito científico, como sinónimo de “teoría del conocimiento” o más aún como “teoría de la ciencia”, no es aplicable a la psiquiatría. La psiquiatría no es solo un conjunto de conocimientos científicos. Atendiendo al origen griego de la palabra *epistémē*, que significa no solo conocimiento o saber, sino también destreza y pericia, encontramos un significado del término más acorde para la psiquiatría ya que no sólo se conforma de aspectos puramente científicos, más allá de la pura aprehensión, análisis y explicación de la realidad.

Entendemos la psiquiatría como una tecnociencia pues más allá de intentar explicar los trastornos mentales, aspira a intervenir para modificarlos.

El concepto de tecnociencia incluye las siguientes vertientes:

TECNOCIENCIA		
Vertiente técnica: acciones intencionadas para obtener cambios valiosos.	Tecnológica: técnica basada en conocimientos científicos.	Científica: conjunto de conocimientos obtenidos mediante la observación y el razonamiento, sistemáticamente estructurados.



La psiquiatría, como tecnociencia, es el conjunto de acciones y el conocimiento científico y tecnológico en que se basan. No solo modifican objetos concretos (o abstractos), sino también el conocimiento científico y tecnológico previo. Esto genera resultados y propuestas que son consideradas valiosas no sólo en lo relativo a la verdad (como ciencia) sino a otra serie de valores como señala Echeverría. Por tanto, el abordaje filosófico de la psiquiatría debe estudiar las distintas narrativas que conceptualizan, que intentan comprender y modificar los trastornos mentales. Debe teorizar sobre el conocimiento pero también sobre los aspectos técnicos y tecnológicos pero además, como tecnociencia que pretende ser usada, sobre las consecuencias de aplicarlos y el contexto sociocultural específico donde se pongan en práctica.

Estos dos últimos aspectos quedarían fuera del análisis epistemológico estricto por lo que es necesario sumar a la epistemología, la ética y axiología en el análisis filosófico de la psiquiatría. Este análisis lo denominamos metapsiquiatría.

↑ 3. APROXIMACIONES A LA METAPSIQUIATRÍA

Existen, según Berrios, dos posiciones desde las que hacer metapsiquiatría:

APROXIMACIÓN CENTRÍPETA	APROXIMACIÓN CENTRÍFUGA
Utilizando sistemas filosóficos previamente establecidos, se intenta identificar, configurar, clasificar y resolver las distintas cuestiones que se consideren concernientes a la psiquiatría.	Partiendo desde la propia psiquiatría, elaborar un metalenguaje específico para conceptualizar los problemas epistemológicos propios desde dentro.

La aproximación centrípeta, que puede ser empleada tanto por filósofos como por psiquiatras, tiene una serie de limitaciones. En el primer caso el análisis de los problemas propios de la psiquiatría puede ser tangencial pues a menudo el sistema filosófico del que parte no permite profundizar en cuestiones

propias de la psiquiatría. En el segundo, se corre el riesgo de caer en propuestas sincretistas que emplean fragmentos de distintos sistemas filosóficos sin atender a posibles contradicciones entre los mismos. Estas limitaciones hacen a autores como Berrios, Villagrán y Luque decantarse por una aproximación centrífuga.

➡ Existen cuestiones epistemológicas en psiquiatría intrínsecas (específicas de la misma) y extrínsecas (comunes a otras ciencias).

INTRÍNSECAS	EXTRÍNSECAS
Posición de la psiquiatría entre las ciencias.	Concepto de causa.
Concepto de trastorno mental. Génesis del mismo.	La posibilidad y límites del conocimiento.
	Otras maneras de entender el conocimiento más allá del pensamiento hegemónico occidental (interculturalidad).
Diagnóstico y captura de información en psiquiatría.	Qué es conocimiento científico.
	Cómo puede crecer una ciencia.

A lo largo del capítulo desarrollaremos fundamentalmente las cuestiones intrínsecas que no van a ser tratadas en otros capítulos de este libro, pero es necesario hacer alguna reflexión sobre los aspectos comunes de la psiquiatría con la ciencia en general.

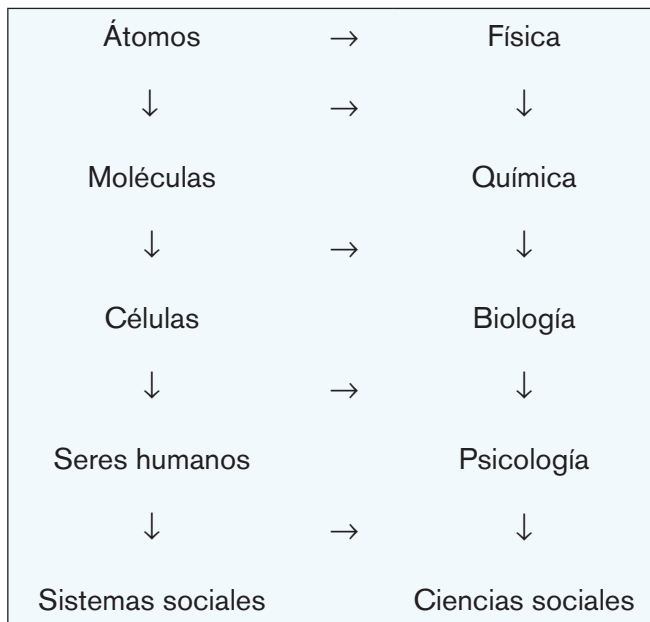
4. LÍMITES DEL CONOCIMIENTO EN LA ACTUALIDAD

Diversos autores actuales apuntan que es necesaria una nueva epistemología en la ciencia que contemple la incertidumbre, el caos, el desorden, la indeterminación, el azar, razones más que suficientes para que el pensamiento positivista tradicional acepte las críticas sobre sus limitaciones. Einstein, el principio de indeterminación de Heisenberg y David Bohm, fueron sentando referentes teóricos novedosos al respecto que no pueden ignorarse. Sin dejar a un lado esta complejidad en la captura de la realidad, la ciencia debe proseguir en su afán de comprender y obtener

datos del mayor valor heurístico posible sin caer en un pesimismo escéptico e inmovilista.

5. ORGANIZACIÓN DE LAS DISCIPLINAS CIENTÍFICAS

La organización tradicional de las disciplinas científicas ha sido de tipo jerárquico, reduccionista, en virtud de los diferentes niveles de organización de la naturaleza:



Como señala Villagrán, este sistema de organización puede ser criticado en varios aspectos:

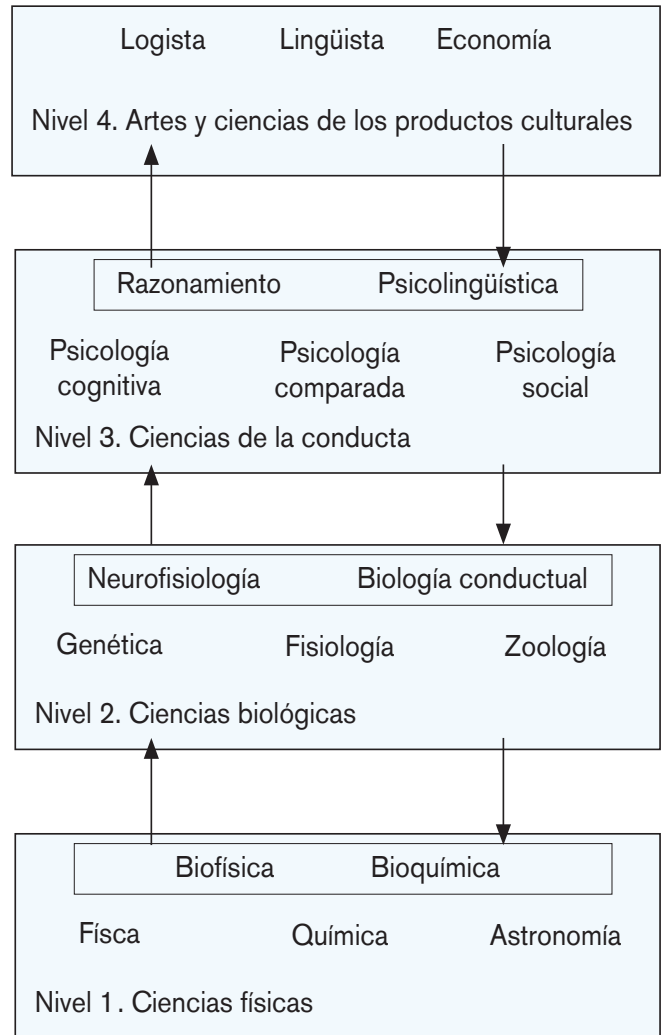
- Permite relaciones parte-todo en el seno de una misma disciplina (átomos-moléculas-rocas-planetas-sistemas solares, todos pertenecientes a la física).
- No enfatiza las relaciones interdisciplinares.
- Favorece una versión epistemológica de niveles por la que las disciplinas de cada nivel dispondrían de métodos específicos difícilmente conmensurables.

Un sistema alternativo, en el que creemos que la psiquiatría encontraría una posición más cómoda, es el propuesto por Abrahamsen, en el que hay dos ejes clasificatorios:

- Vertical. Cuatro especializaciones de interés de mayor a menor generalidad. Ciencias físicas, biológicas, de la conducta y de los productos culturales.

- Horizontal. Subdisciplinas que estudian sistemas y subsistemas en virtud de relaciones parte-todo, al modo tradicional.

Tabla de Abrahamsen modificada por Villagrán



Así, un mismo evento puede analizarse según distintas especializaciones del nivel vertical, lo que facilita las interacciones interdisciplinares. Se favorecen sistemas de teorización interdisciplinar en lugar de reduccionistas. En este modelo, la psiquiatría sería una disciplina intersticial entre distintos niveles.

6. POSICIÓN DE LA PSIQUIATRÍA ENTRE LAS CIENCIAS. LAS TEORÍAS INTERDISCIPLINARES

La psiquiatría que hoy en día conocemos nace en el siglo XIX en el seno de las disciplinas médicas. Su objeto de estudio es más complejo que el de



otras ramas de la medicina por lo que para elaborar un marco epistemológico útil, fue necesario emplear elementos tanto de las ciencias naturales como de las ciencias humanas.

↑ Como señala Berrios, el proceso diagnóstico en psiquiatría, hoy por hoy es una negociación entre paciente y médico y por tanto existe una supeditación epistemológica de las ciencias naturales a las humanas ya que las primeras dependerían para su análisis, en psiquiatría, de las segundas.

Así, para posicionar la psiquiatría entre las ciencias, dadas sus peculiaridades, creemos muy útil la concepción de Darden y Maull de las teorías interdisciplinarias. Esta concepción no intenta derivar unas teorías de niveles superiores a otras pertenecientes a un nivel más básico (reduccionismo), sino identificar las relaciones entre fenómenos estudiados por distintas áreas de investigación ya sean del mismo nivel o no. Se acepta que los fenómenos que nos interesa estudiar están relacionados con los estudiados en otra disciplina. Para el correcto análisis de un fenómeno hay que contemplar la relación del mismo con otros fenómenos aunque no sean estudiados en principio por la misma ciencia.

La concepción de teorías interdisciplinarias nos permite intentar responder cuestiones que no pueden responderse totalmente desde un nivel determinado. No existe derivación entre las teorías sino la demostración de que operaciones en un nivel inferior dan lugar a fenómenos en uno superior, sin que exista reducción de la disciplina superior a la inferior sino el establecimiento de conexiones entre ambas. Como reseñan Villagrán y Luque, no hay que confundir esto con los modelos holísticos como el biopsicosocial que, pueden ser útiles para la psiquiatría técnica o tecnológica, pero son de escaso valor heurístico para la investigación psiquiátrica.

7. PSICOPATOLOGÍA COMO CIENCIA BÁSICA DE LA PSIQUIATRÍA

Existen distintas posturas sobre el significado de psicopatología. De todas ellas resaltamos las consideraciones respecto a la amplitud del término:

La PSD tiene como objeto de estudio los trastornos mentales y para ello se han utilizado distintas unidades de análisis (síndromes, factores dimensionales subyacentes a entidades nosológicas, síntomas) Pensamos que la aproximación sintomática, es la de mayor valor heurístico.

➡ Según Berrios, la manera de aprehender las disfunciones psíquicas es a través de las variaciones perceptibles en la forma y contenido del lenguaje y en los patrones motores del individuo que la sufre, los síntomas psicopatológicos. Él entiende que se componen de una fuente biológica (la que genera la alteración en la conducta) y una vertiente psicosocial (relacionada con la interpretación por el paciente y el observador). Más allá de qué es un síntoma, la psicopatología debe preocuparse también por otras cuestiones como cuál es el origen, cómo se diferencian y cómo se agrupan estos. Dependiendo de cómo se dé respuesta a estas preguntas obtendremos distintos tipos de psicopatología: activa/pasiva, descriptiva/explicativa, discontinuista/continuista.

Cabe resaltar que las visiones continuistas y discontinuistas, que surgieron en el siglo XIX, en la actualidad confluyen si bien las corrientes psicologistas apoyan más las primeras y las biologicistas las segundas. Por otro lado, hay síntomas que se amoldan mejor a una visión continuista, otros a una discontinuista y algunos que son objeto de modelos contrapuestos de ambas visiones.

CONCEPCIÓN AMPLIA	CONCEPCIÓN RESTRINGIDA
Incluye la reflexión sobre qué entendemos por enfermedad o trastorno mental, cuales son sus causas y mecanismos y cómo se expresan. Así como el modo de identificarlos y diferenciarlos.	Lenguaje descriptivo utilizado para aprehender los aspectos de la conducta que son expresión de una disfunción psicológica y/o orgánica y facilitar su intelección. Esta concepción se identifica con términos como psicopatología descriptiva (PSD) o semiología psiquiátrica.



<p>Psicopatología activa: el psicopatólogo fragmenta el comportamiento anormal en una matriz conceptual creada en la que intentamos amoldar la realidad de la patología mental. Esta concepción permite más de un modelo psicopatológico sin incurrir en errores epistemológicos.</p>	<p>Psicopatología pasiva: en este caso, la función del psicopatólogo es nominar distinguiendo las diferentes fragmentaciones, las unidades sintomáticas ya limitadas por la propia naturaleza. En este caso sólo puede haber una única psicopatología que logre identificar los únicos límites reales.</p>
<p>Psicopatología descriptiva: identifica las manifestaciones de los trastornos mentales sin centrar su interés en la patogénesis del mismo. No se trata de una concepción ateórica, ya que se necesita de un cuerpo teórico para emplear de modo correcto el lenguaje necesario en la aprehensión de la parte de la realidad que la PSD pretende. Más allá, la PSD se acompaña de teorías explicativas sobre la génesis y permanencia de los trastornos mentales sea cual sea el origen de los mismos.</p>	<p>Psicopatología explicativa: en esta concepción de la psicopatología, se incluyen dentro de su campo de interés los mecanismos que generan las alteraciones psicopatológicas que describen.</p>
<p>Psicopatología continuista o psicología patológica: entiende que los trastornos mentales son una alteración cuantitativa de la conducta normal.</p>	<p>Psicología discontinuista o patología psicológica: contempla la conducta anormal como algo cualitativamente diferente a la normal.</p>

8. PSICOPATOLOGÍA DESCRIPTIVA COMO SISTEMA DE CAPTURA DE LA INFORMACIÓN (SCI)

Los sistemas al uso, conciben los síntomas mentales como entidades estables y completas que contienen toda la información necesaria para reconocerlos en sí mismos. La práctica clínica nos demuestra que esto no es así. Sabemos que también influyen las características del contexto en que se da el estímulo que genera el fenómeno a describir. La PSD debe aclarar qué porción de elementos psicosociales y qué porción de elementos biológicos hay en cada síntoma descrito. Siempre teniendo presente que la opacidad que encontramos en la descripción de los síntomas mentales, no es propia del fenómeno a describir sino de la elección, captura y procesamiento de los datos que a él nos refieren.

La psicopatología, como todo SCI, atiende a un determinado espectro de la realidad. En la génesis de este lenguaje surgen una serie de factores que determinan la banda informativa de que se ocupa.

- El nivel de descripción: Descripciones dicotómicas (ausente/presente), escalas u otras formas de descripción más complejas.

- Las fuentes teóricas/clínicas de la descripción: Existe un marco conceptual y una realidad clínica que es cambiante (cambios socioculturales que modulan el fenómeno, cambios genéticos que modifican la señal alterada que lo genera) El SCI debe atender a estos cambios y ser modificado.
- Los factores lingüísticos: La PSD toma sus términos en gran parte de lenguajes ya inventados para referirse a la conducta humana. Al atender a partes específicas de la misma, debe formalizarse, pulirse para ser de mayor valor heurístico.
- La descripción/cuantificación: Que la conducta humana pueda ser descrita con cierto grado de precisión no significa que pueda ser cuantificable pues la teórica señal biológica medible, se acompaña de factores psicosociales de difícil cuantificación.
- La naturaleza de la información que captura: En la nominación de síntomas se conceptualiza sobre datos cualitativos y semánticos. La PSD debe esforzarse por separar unos aspectos de otros.

La eficiencia de la PSD y de todo SCI se relaciona con: capacidad de captura y preservación de la información, validez ontológica (que capte algo que ocurra



realmente), capacidad de predicción y posibilidad de acoplarse con otros SCI que atiendan a la misma área de la realidad.

9. PROBLEMAS EPISTEMOLÓGICOS EN LA CAPTURA DE DATOS EN PSIQUIATRÍA

PROBLEMAS GENERALES. TIPOS DE DATOS	PROBLEMAS ESPECÍFICOS. FENOCOPIAS CONDUCTUALES
Signos y conductas: la interpretación del clínico también sujeta a factores psicosociales.	Son datos psicopatológicos psiquiátricos y neurológicos; pueden expresarse del mismo modo a distintos niveles.
Quejas subjetivas: interpretaciones del paciente sobre alguna disfunción que sufre. Sujeta a vivencia del paciente e interpretación del observador. Influyen múltiples factores psicosociales, más cuanto más complejo sea el síntoma.	Nivel ontológico o experiencial: si la similitud es al nivel que se experimenta, fenómenos similares pueden estar motivados por distintas causas.
Datos de escalas: formadas por ítems que hacen referencia al fenómeno anómalo con el que pretenden relacionarse. Son constructos que interpretan el fenómeno mediante mediciones indirectas del mismo. Poca evidencia de que sean más válidos estos datos que los de otro tipo.	Origen interpretativo: la similitud se produce en la denominación tras interpretar los pacientes experiencias diferentes.
Diagnósticos: útiles en clínica y cada vez más estables en general, pero se construyen en base a los datos ya citados por tanto están sujetos a los mismos problemas epistemológicos.	Origen observacional: se dan casos en que es el observador el que considera iguales diferentes experiencias clínicas interpretadas de modo distinto una de la otra.

10. PROBLEMAS EPISTEMOLÓGICOS EN EL PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

La representatividad de los datos. Es la relación entre el objeto, sus cualidades y cómo los datos lo representan.

TIPOS DE REPRESENTATIVIDAD OBJETAL		
Ontológica: los datos de mayor poder ontológico en la conceptualización de un síntoma o trastorno no son identificables pues se relacionan de distintos modos en cada paciente. No se puede tratar estadísticamente.	Conceptual: es la relación entre los rasgos elegidos para conceptualizar un determinado síntoma o trastorno y la expresión del mismo. Tampoco es algo tratable estadísticamente.	Aproximativa: se trata del empleo de datos como medida indirecta de otros difícilmente observables. Es necesario demostrar que covarían y justificar la elección de los datos observados.

La correlación es un patrón conceptual que permite relacionar objetos y sus propiedades. Mide la fuerza de covariación entre ellos. Debe integrarse en el modelo general que atiende al área estudiada.

La generalizabilidad: el análisis de los datos mediante el uso de la varianza en psiquiatría puede ser cuestionada pues la simultaneidad de los acontecimientos observados, de los distintos datos sujetos a análisis, no siempre es asegurada. Hay que tener en cuenta el tiempo ecológico, la semántica relativa de los datos y la interpretación de la significación estadística.

11. PROBLEMAS EPISTEMOLÓGICOS EN LA INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Interpretar, explicar es necesario cuando atendemos a los síntomas mentales. En psiquiatría, interpretamos en la aprehensión de datos, en el contacto con el paciente, en la organización de la información recogida y en la elaboración de conclusiones a partir de los mismos.

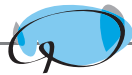
➔ 12. PSICOPATOLOGÍA Y NEUROCIENCIA

En psiquiatría confluyen dos lenguajes científicos, dos SCI que provienen de los dos tipos de datos que ocupan a esta tecnociencia. Por un lado la psicopatología para los síntomas, los signos y conductas; un lenguaje intencional que se adscribe a los estados mentales de la persona. Por otro lado un lenguaje no intencional formado por conceptos neurobiológicos que explican los aspectos bioquímicos implicados en los trastornos mentales.

El proceso de construcción del lenguaje psicopatológico, se ha realizado a expensas de interpretación de la observación de las alteraciones de la conducta que los pacientes expresaban y referían. A partir de estos hechos se elaboró un sistema conceptual que pretende categorizar y comprender los trastornos mentales, la psicopatología. En este proceso, las herramientas para la captura de la información, históricamente han sido la entrevista con el paciente y la observación de sus conductas motoras.

Los avances tecnológicos en herramientas de captura de información en neurociencia (TAC, RNM, SPECT, etc.) han generado un rápido desarrollo de ese otro lenguaje que tiene también por objeto de estudio los trastornos mentales, la neurociencia. Para esta, los datos a capturar concernientes a los trastornos mentales, son los procesos fisicoquímicos cerebrales y sus alteraciones y a partir de estos se pretende obtener un lenguaje científico suficiente para explicar las conductas alteradas.

Es preciso revisar la psicopatología analizando los conceptos psicopatológicos en función de su valor heurístico. También es necesario analizar las dificultades en el acoplamiento de un lenguaje fisicista, el de la neurociencia, que parte del presupuesto ontológico de que los seres humanos son objetos físicos y las relaciones entre ellos también y otro, el de la psicopatología, que contempla la intencionalidad implícita en el lenguaje (como tipo de interacción entre los humanos) no aprehensible mediante el estudio de mecanismos neurobiológicos exclusivamente. Estos esfuerzos deben ir encaminados a intentar que el desfase entre los dos SCI sea el menor posible.



RECOMENDACIONES CLAVE

La psiquiatría se define como una rama de la medicina que se ocupa del estudio, explicación, prevención y tratamiento de los trastornos psíquicos. Como otras ramas de la medicina, la psiquiatría se conforma en una tecnociencia que integra actividades tanto en su vertiente técnica, como tecnológica y científica o dicho de otro modo, en cuanto práctica, en lo relativo a la teoría de la práctica y en lo que concierne al discurso teórico propiamente dicho. La metapsiquiatría o filosofía de la psiquiatría es la disciplina teórica que estudia las distintas narrativas que tratan de conceptualizar, comprender y manejar los denominados trastornos mentales en un contexto sociocultural determinado y, por tanto, no debe limitarse a ser una epistemología o teoría del conocimiento psiquiátrico, sino también una teoría de la actividad o práctica clínica y, por tanto, una axiología o teoría de los valores que la sustentan.

La metapsiquiatría se enfrenta con dos grandes tipos de problemas: por una lado, aquellos extrínsecos a la propia disciplina psiquiátrica y que se enmarcan en las cuestiones filosóficas fundamentales del contexto sociocultural correspondiente; por otro lado, intrínsecas a la psiquiatría, derivadas de su posición intersticial entre las ciencias. Este último tipo de cuestiones debe ser abordado desde una posición centrífuga, partiendo desde la propia psiquiatría para elaborar un metalenguaje específico.

Debido a la posición intersticial de la psiquiatría entre distintos niveles descriptivos, es útil la concepción de Darden y Maull de las teorías interdisciplinares, por la que no se intenta derivar unas teorías de niveles superiores a otras pertenecientes a un nivel más básico (reduccionismo), sino identificar las relaciones entre fenómenos estudiados por distintas áreas de investigación ya sean del mismo nivel o no.

La psicopatología descriptiva, como ciencia básica de la psiquiatría, puede ser considerada como un sistema de captura de información cuya eficiencia depende de su capacidad para acoplarse a otros sistemas de captura de información (entre ellos, las neurociencias). Existen, sin embargo, problemas epistemológicos en la captura, procesamiento e interpretación de los datos generados que necesitan ser analizados conceptualmente ya que el simple análisis empírico no resulta de gran ayuda.

13. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Villagrán JM. Las bases epistemológicas de la psiquiatría y psicopatología: una aproximación metapsiquiátrica. *Informaciones psiquiátricas* 2007;189:427-49.

Villagrán JM. Hacia una nueva psicopatología descriptiva. *Monografías de psiquiatría*. 1ª ed. 2003;15:1-50.

Villagrán JM. Hacia una psiquiatría biológica no reduccionista: Los modelos interdisciplinares. En: Baca E y Lázaro J (eds.). *Hechos y valores en psiquiatría*. Madrid: Triacastela. 2003:485-513.

Luque R, Villagrán JM. *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*. 1ª edición. Madrid: Trotta. 2003.

Villagrán JM, Olivares JM. El papel de los modelos probabilísticos en psiquiatría. *Psiquiatría biológica* 1994;1:157-64.

14. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

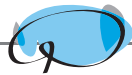
Restrepo JE. ¿Es necesaria una recalibración epistemológica en psiquiatría? *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2007;36:508-29.

Fulford KWM, Thornton T, Graham G. *Oxford textbook of philosophy and psychiatry*. University Press. Oxford. 2006.

Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. *Introducción a la filosofía de la medicina*. Madrid: Triacastela. 2002.

Lanteri-Laura G. *Psychiatrie et connaissance. Sciences en situation*. Paris. 2001.

Reznek L. *The philosophical defence of psychiatry*. London: Routledge. 1991.



4. PSIQUIATRÍA, UNA PRÁCTICA EN VALORES



Autores: Rosa Merchán García y Evelio de Ingunza Barreiro
Tutora: María Jesús Río Benito
Hospital Universitario Virgen de la Macarena. Sevilla

CONCEPTOS ESENCIALES

La práctica basada en valores es la teoría y el conjunto de habilidades para tomar una decisión eficaz sobre la salud cuando diferentes (y potencialmente conflictivos) valores están en juego.

La complejidad de los valores y su coherencia son las claves para entender la práctica basada en valores.

El riesgo del relativismo en la práctica basada en valores queda limitado por el gran número de valores que compartimos y por la importancia asignada al “proceso” en la toma de decisiones.

La práctica basada en valores y la medicina basada en pruebas son complementarias.

“Valioso o bueno es todo aquello que contribuye al mayor despliegue de las facultades específicas del hombre y fomenta la vida. Negativo o malo es todo lo que ahoga la vida y paraliza la disposición del hombre a obrar.”

Erich Fromm

1. INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica tratamos de orientar racionalmente nuestra actuación para resolver y decidir sobre los problemas que nos plantean los pacientes. Sin embargo nuestra manera de razonar es peculiar y compleja. La mayoría de las veces tenemos que decidir en condiciones de incertidumbre y no nos movemos exclusivamente con hechos pues nuestra valoración crítica los convierte en valores.

De forma complementaria a la medicina basada en pruebas se ha desarrollado otro movimiento, centrado en la persona, la medicina fundamentada en los valores. La subjetividad personal es un elemento fun-

damental de la realidad clínica que ha permanecido a lo largo de la historia. Intentamos ante cada paciente realizar un juicio clínico teniendo en cuenta los datos de la exploración así como sus circunstancias biográficas, su situación social, sus rasgos de carácter y todas las manifestaciones verbales y no verbales que aparecen en la relación profesional.

Cuando se habla de hechos en psiquiatría nos referimos a dos tipos: los fenómenos psicopatológicos y los datos que aportan otras ciencias. Los fenómenos psicopatológicos son los hechos primarios y se producen de la interacción entre el paciente y el psiquiatra.



Lolas Stepke distingue cuatro tipos: producciones verbales proposicionales o no, y conductas manifiestas o no. Las producciones verbales proposicionales se obtienen de la historia clínica y las no proposicionales de las exploraciones clínicas. Los hechos manifiestos provienen de la observación y los no manifiestos de medios de exploración. Los datos que aportan otras ciencias se consideran secundarios y se usarán en función de su utilidad y coherencia con los datos primarios. Con estos dos tipos de hechos la psiquiatría, basándose en el modelo científico natural, busca explicaciones del hecho psicopatológico, relaciones de causalidad y la construcción de un modelo teórico de enfermedad que permita predecir. En el encuentro con cada paciente se produce una interacción entre dos mundos de comprensión. Es aquí cuando entran en juego los valores.

2. DEFINICIÓN DE VALORES

La filosofía es la disciplina que se ha ocupado de definir el término valor, creándose incluso una verdadera “teoría de los valores” denominada axiología. Cuando intentamos definir los términos valor y valores nos encontramos con tres posibles posiciones: valor como término económico, valor como preferencia, suponiendo esto una selección y valor como concepto moral. Los valores son complejos y variados en las ciencias de la salud. Frecuentemente son sinónimo de ética aunque son mucho más amplios que eso. Varían en tiempo y en lugar así como de persona a persona y en diferentes periodos históricos y reflejan la idea que tiene cada persona sobre cómo vivir (encuentro con las demás personas) y su manera de ser (desarrollo de un proyecto personal).

3. DEFINICIÓN DE PRÁCTICA MÉDICA BASADA EN VALORES

↑ La práctica basada en valores es la teoría y el conjunto de habilidades esenciales para tomar una decisión eficaz sobre la salud cuando diferentes (y potencialmente conflictivos) valores entran en juego. Nos da las habilidades para responder de una manera solvente y positiva a los complejos y cada vez más numerosos valores que involucran cada aspecto de la sanidad actual.

➤ En este aspecto es similar a la medicina basada en la evidencia puesto que ambas buscan ayudar

en la toma de decisiones. La medicina basada en la evidencia utiliza datos objetivos derivados de la investigación y la práctica basada en valores se fundamenta en la subjetividad.

4. RECONOCIENDO LA DIVERSIDAD DE VALORES

Proponemos la lectura de un cuento y el ejercicio de responder personalmente a la siguiente pregunta: de los personajes del cuento. ¿Cuál sería el más culpable de la muerte de la mujer? ¿Opinan lo mismo tus amigos y compañeros? ¿Qué valores estáis teniendo en cuenta cada uno para vuestra respuesta?

“Una joven esposa, poco atendida por un marido demasiado ocupado en sus negocios, se deja seducir y va a pasar la noche a casa de su amante, situada al otro lado del río. Al amanecer, para volver a su casa antes de que regrese su marido, que estaba de viaje, tiene que cruzar un puentecillo, pero un loco, haciendo gestos amenazadores, le cierra el paso. Ella corre hacia un hombre que se dedica a pasar gente con una barca, se monta, pero el barquero le pide el dinero del pasaje. Ella no tiene nada y por más que pide y suplica, el barquero se niega a pasarla si no paga de antemano. Entonces vuelve a casa de su amante y le pide dinero, pero éste se niega sin dar más explicaciones. Al momento, se acuerda de que un amigo vive en la misma orilla y va a visitarle. Él guarda por ella un amor platónico aunque ella nunca le había correspondido. Le cuenta todo y le pide el dinero, pero él también se niega: le ha decepcionado por una conducta tan ligera. Intenta de nuevo ir al barquero en vano. Entonces, desesperada, decide cruzar el puente. Finalmente el loco la mata.”

5. LOS TRES PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA PRÁCTICA BASADA EN VALORES

↑ Según el National Institute for Mental Health inglés, son: a) Reconocimiento: se reconoce el papel de los valores junto a la evidencia en todas las áreas de la política y práctica en salud mental. b) Toma de conciencia progresiva: se compromete a aumentar la sensibilización de los profesionales acerca de los valores involucrados en los diferentes contextos, el papel que éstos juegan y su impacto en la práctica de la salud mental. c) Respeto: los valores de cada

individuo y su comunidad deben de ser el punto de inicio y la clave determinante de las acciones de los profesionales. El respeto a la diversidad de valores evita la discriminación en áreas como el género, orientación sexual, clase, edad, habilidades, religión, raza, cultura o lenguaje.

Los servicios de salud mental que respeten la diversidad deben reunir las siguientes características:

- **Centrados en el usuario:** los valores de los individuos están en el centro de las políticas y de la práctica clínica.
- **Orientados hacia la recuperación:** fortaleciendo las capacidades de cada individuo y confiando en la resiliencia.
- **Multidisciplinares:** respeto recíproco entre profesionales, usuarios y organizaciones.
- **Dinámicos:** abiertos al cambio.
- **Reflexivos:** con capacidad de evaluar la propia práctica.
- **Equilibrados:** siendo conscientes de los buenos y malos valores.
- **Centrados en las relaciones:** reconocen la importancia de las relaciones. positivas y de las buenas habilidades comunicacionales.

6. LOS 10 INDICADORES DE UNA BUENA PRÁCTICA BASADA EN VALORES

Presentamos a continuación los 10 puntos guía identificados por Woodridge y Fulford para un buen proceso en la práctica basada en valores. En el apartado siguiente exponemos las 10 herramientas esenciales en Salud Mental, en íntima relación con los anteriores, propuestos por el National Institute for Mental Health inglés.

1. **Toma de conciencia:** los valores no son siempre evidentes. No podríamos hacer nada sin ellos pero como están por todos lados frecuentemente pasan desapercibidos. Un primer paso es sensibilizarnos a su presencia. Una forma de aumentar esta sensibilización es prestar atención al lenguaje.
2. **Razonamiento:** utilizar un proceso de razonamiento claro para explorar los valores presentes en la toma de decisiones. Aunque los valores son subjetivos, podemos razonar sobre ellos.

3. **Conocimiento:** intentaremos obtener toda la información posible acerca de los valores de cada situación utilizando las aportaciones de las ciencias sociales.
4. **Comunicación:** combinada con las tres habilidades anteriores, es la base para la resolución de conflictos y del proceso de toma de decisiones. Tanto individuales (escucha, empatía y entendimiento) como de grupo (resolución y reorganización de conflictos)
5. **Centrado en el usuario:** la primera fuente de información en valores en cualquier situación es la perspectiva del usuario involucrado. La diversidad de valores humanos hace esencial que la política y práctica en salud mental empiece por los valores del individuo o grupo involucrado en dar una decisión.
6. **Multidisciplinar:** trabajando de forma respetuosa con las distintas perspectivas con el fin de tomar decisiones equilibradas.
7. **El principio de los dos pies:** todas las decisiones dependen de hechos y valores
8. **El principio de la rueda que chirría:** sólo advertimos los valores cuando hay un problema
9. **Ciencia y valores:** los avances científicos y tecnológicos abren un abanico de elecciones en la salud poniéndose de manifiesto los valores.
10. **Asociacionismo:** Las decisiones deben tener en cuenta a todas las personas a las que concierne, no sólo a los expertos

7. LAS 10 CAPACIDADES (HERRAMIENTAS) COMPARTIDAS ESENCIALES EN SALUD MENTAL

1. **Trabajar en asociación:** desarrollar y mantener relaciones constructivas en el lugar de trabajo con usuarios, ciudadanos, familiares, compañeros y las redes comunitarias. Trabajar positivamente con cualquier tensión creada por conflictos de interés o aspiraciones que puedan surgir entre las partes.



2. Respetar la diversidad: trabajar de forma conjunta en colaboración con las diferentes partes para proporcionar los cuidados y las intervenciones que no sólo consigan una diferencia positiva sino que lo hagan respetando y valorando la diversidad de valores incluyendo edad, raza, cultura, género, sexualidad, espiritualidad y discapacidad.
3. Realizar una práctica ética: reconociendo los derechos y aspiraciones del usuario y sus familiares, reconociendo las diferencias de poder y minimizándolas cuando sea posible. Proporcionar de forma responsable tratamiento y cuidado a los usuarios y cuidadores dentro de los límites prescritos por códigos legales y locales de práctica ética.
4. Desafiar la desigualdad: haciendo frente a las causas y consecuencias del estigma, discriminación, desigualdad social y exclusión de servicios. Creando, desarrollando o manteniendo roles válidos socialmente para las personas dentro de las comunidades a las que pertenecen.
5. Promover la recuperación: trabajar en asociación para proporcionar el cuidado y tratamiento que permitan al usuario y al cuidador afrontar los problemas de salud mental con esperanza y optimismo y trabajar hacia un estilo de vida valioso.
6. Identificar las necesidades y fortalezas de las personas: trabajar en equipo para reunir información sobre las necesidades de salud y sociales en el contexto del estilo de vida preferido de los usuarios, familiares, cuidadores y amigos.
7. Proveer cuidados centrados en el usuario: negociando metas accesibles y significativas, principalmente desde la perspectiva del usuario y sus familiares. Influyendo y buscando los medios para lograr dichas metas y aclarando las responsabilidades de la gente que pueda proporcionar ayuda, incluyendo la evaluación sistemática de logros y resultados.
8. Marcar la diferencia: facilitando el acceso y ofreciendo los mejores servicios sanitarios y sociales capaces de cubrir las necesidades y aspiraciones de los usuarios, familiares y cuidadores.
9. Promover la seguridad y la asunción de riesgos positivos: empoderando a las personas para que sean capaces de decidir sobre el nivel de riesgo que están preparadas a correr en relación con su salud y seguridad. Trabajar buscando el equilibrio entre seguridad y aceptación de riesgos.
10. Desarrollo personal y aprendizaje: mantenerse al día acerca de los cambios en la práctica y participando en un aprendizaje a lo largo de la vida por medio de la supervisión, evaluación y práctica reflexiva.

8. REFLEXIONES A PARTIR DE UN CASO PRÁCTICO

A continuación presentamos el siguiente caso clínico:

“María acude a nuestra consulta porque se encuentra muy preocupada porque su marido (Antonio de 55 años) pasa todos los veranos muy nervioso, de muy mal humor, con mayor irritabilidad, disminución de las horas de sueño y con abuso del consumo de alcohol. Ella se ve en la obligación de irse a casa de un familiar en otra ciudad. Como antecedentes familiares destacamos que tienen una hija diagnosticada de trastorno bipolar y con problemas derivados del consumo de tóxicos, en tratamiento y seguimiento por salud mental. Entre los antecedentes de Antonio cabe destacar un episodio depresivo importante hace unos años, para el que no siguió tratamiento farmacológico, tras finalizar el contrato en la empresa en la que trabajaba desde hacía 30 años. La razón de dicho despido según la empresa fue la disminución del rendimiento laboral. Él piensa que fue debido al aumento de salario que solicitaba por la antigüedad, “me puse triste por la injusticia, no estuve enfermo, la empresa tuvo la culpa”.

En la actualidad Antonio trabaja en un pequeño negocio familiar de papelería. Su rendimiento laboral ha descendido, teniendo que ser sustituido con frecuencia por familiares. Según las clasificaciones actuales en vigor podríamos clasificarlo como un trastorno bipolar. Nos encontramos con que Antonio no quiere tomar tratamiento porque se ha dado cuenta que “desde que su hija lo toma está peor”. Además considera que si toma el tratamiento no podrá continuar con el trabajo “porque esas pastillas me duermen”, “si te ve un psiquiatra ya no puedes

trabajar”. No considera un problema el consumo de alcohol puesto que “el vino es un producto de la tierra que se toma con los amigos, no como las drogas”. Antonio explica que lo que le ocurre es “porque su mujer es una amargada de la vida, preocupada por cosas que no son problemas, por mi hija y por mí, cuando a mí lo que me gusta es vivir la vida, salir, disfrutar del sol, la que necesita tratamiento es ella (refiriéndose a su mujer)”. “Además cuando yo decido pasarlo bien ella se va con su prima, me hace pasar mucha vergüenza delante de la gente”. Podemos extraer del caso los valores de Antonio sobre el malestar psíquico, sobre la enfermedad y su abordaje, sobre la familia y el consumo de alcohol. También nos podemos acercar a los valores de María.

Ahora invitamos a reflexionar a cada lector:

- ¿Cuál es tu concepto de malestar psíquico, de enfermedad? ¿Cuándo recomendarías a un familiar que fuera a un psiquiatra?
- ¿Cuál es tu concepto de familia? ¿Cómo te plantearías actuar si un familiar con el que con-

vives padeciera una enfermedad mental grave? ¿A qué le das más importancia a lo que cuenta Antonio o María, por qué?

- ¿Qué es para ti beber mucho? ¿Qué piensas del uso de drogas ilegales?
- ¿Qué valor le concedes al trabajo? ¿El trabajo puede provocar enfermedades mentales? ¿Te plantearías el tratamiento de Antonio de igual manera si fuera psiquiatra, conductor de autobuses o bailar de flamenco? ¿Y si estuviera jubilado?
- ¿Qué importancia concedes a los valores culturales y religiosos de tus pacientes? ¿Actuarías igual si Antonio hubiera nacido en Mali y nos explicara su conducta estival como fruto de una conexión especial con la naturaleza?
- ¿Sólo debemos de tratar a Antonio o a lo mejor debemos ahondar en la familia incluso solicitar información a la empresa de la que fue despedido?

RECOMENDACIONES CLAVE

En el encuentro clínico sé consciente de tus propios valores e intenta reconocer los valores del otro.

En tu práctica clínica no juzgues, sé respetuoso, tratando de comprender qué valores están detrás de cada elección de tu paciente.

Siempre que puedas, pero sobre todo cuando no comprendas a tu paciente, discute con otros colegas el caso.

No tengas miedo al desacuerdo con tu paciente. Desde la escucha mutua es más fácil que se pueda beneficiar de tu ayuda.



9. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Baca Baldomero E. Hechos y valores: conceptos y terminología. En: Baca E y Lázaro J (eds.). Hechos y valores en psiquiatría. 1ª edición. Madrid: Triacastela. 2003:19-22.

Lázaro J. Entre pruebas y narraciones: objetividad y subjetividad en psiquiatría. En: Baca E y Lázaro J (eds.). Hechos y valores en psiquiatría. 1ª edición. Madrid: Triacastela. 2003:118-42.

Santander F, Morera B. La bioética en psiquiatría. En: Baca E y Lázaro J (eds.). Hechos y valores en psiquiatría. 1ª edición. Madrid: Triacastela. 2003:351-61.

Woodbridge K, Fulford B. Whose values? A work-book for values-based practice in mental health care. London: The Sainsbury Centre for Mental Health. 2004.

The ten shared capabilities. Module 4: Values-based practice. http://www.lincoln.ac.uk/ccawi/esc/New_Folder/module-4.pdf

10. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Gracia D. Hechos y valores en la práctica y en las ciencias médicas. En: Baca E y Lázaro J (eds.). Hechos y valores en psiquiatría. 1ª edición. Madrid: Triacastela. 2003:43-70.

Desviat M. Psiquiatría y evidencia: los límites de la función del clínico. En: Baca E y Lázaro J (eds.). Hechos y valores en psiquiatría. 1ª edición. Madrid: Triacastela. 2003:215-30.

Cabasés Hita JM. Los valores económicos en psiquiatría: eficiencia y equidad. En: Baca E y Lázaro J (eds.). Hechos y valores en psiquiatría. 1ª ed. Madrid: Triacastela. 2003:231-47.

Values based practice. The University of Warwick: http://www.warwick.ac.uk/fac/med/study/cpd/subject_index/pemh/vbp_introduction/

Couceiro A. Bioética para clínicos. 1ª edición. Madrid: Triacastela. 1999.



5. MEDICINA Y PSIQUIATRÍA BASADA EN PRUEBAS. MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA (MBE)



Autores: Raquel Álvarez García, Diana Zambrano-Enríquez Gandolfo y Ezequiel Di Stasio
Tutor: Enrique Baca García
Fundación Jiménez Díaz. Madrid

CONCEPTOS ESENCIALES

Conocer qué es la MBE

Aprender a aplicar la MBE

1. PARADIGMAS ACTUALES DE LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA Y SU REPERCUSIÓN EN LA ENSEÑANZA

La Medicina Basada en la Evidencia (MBE) es un concepto que ha aparecido durante los últimos años, y que paulatinamente está modificando la práctica médica. La MBE trata de mejorar la eficiencia de la atención médica, abordando problemas clínicos a través de las mejores pruebas disponibles. Por otro lado, la formación médica continuada pretende mantener el nivel de los profesionales que ejercen la medicina mediante la evolución y progreso en sus conocimientos.

Situación actual de la MBE:

- Es un concepto reciente que ha logrado un impacto positivo y actualmente está en evolución.
- Es de gran interés para la práctica clínica y especialmente para el personal implicado en la gestión médica: médicos, gerentes y planificadores.
- Los estudios tanto de pre como de postgrado lo están incorporando en su temario, o tienen previsto hacerlo.
- Existen iniciativas como la colaboración Cochrane y revistas sobre la práctica basada en

pruebas, que realizan revisiones sistemáticas acerca de los aspectos en la práctica médica y los efectos de la atención en la salud.

En el futuro, la MBE será reforzada debido a la modificación y adaptación en las facultades de medicina, de los programas de pregrado, postgrado y de formación médica continuada. Estos programas deberán proporcionar información y comprensión acerca de lo que es y lo que no es la MBE.

2. MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA (EN PRUEBAS)

2.1. LO QUE ES

- Es la utilización concienzuda, juiciosa y explícita de las mejores pruebas disponibles para la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales.
- Aborda los problemas y dificultades que aparecen en el desarrollo de la práctica médica, empleando resultados de investigación sistémica, que resulten consistentes.
- Aparece a partir de la integración de la competencia clínica individual con la mejor evidencia clínica externa disponible. El motivo de fusionar ambos conceptos es porque ni la práctica clínica ni los conocimientos fisiopatológicos de forma aislada, son suficientes. Pretende así



conseguir que la práctica médica se adecúe a la investigación clínica.

- Evita el autoritarismo en el acto médico, debido a que proporciona herramientas metodológicas que posibiliten la revisión sistemática de la bibliografía y literatura científica.
- Permite desarrollar nuevas habilidades, en la búsqueda de la información y obtención de datos. Consigue que el médico pueda analizarla, evaluarla e interpretarla, obteniendo así la información útil, válida y relevante.
- Pretende que esta información obtenida, pueda ser utilizada por el médico para el desarrollo y ejercicio de su profesión, mejorando en última instancia el cuidado de sus pacientes.
- Permanece relacionado a la introducción de la estadística y el método epidemiológico en la práctica médica.

Figura 1. MBE como resultado de la integración de competencia clínica individual y mejor evidencia externa



Tabla 1. Antiguo y nuevo paradigma en medicina

Antiguo paradigma	Nuevo paradigma
Observaciones clínicas no sistemáticas son formas validas de desarrollar y mantener conocimientos.	Experiencia clínica es imprescindible e insustituible.
Los conocimientos de fisiopatología son una pauta suficiente para la práctica clínica.	Los conocimientos de fisiopatología son necesarios pero no suficientes para la práctica clínica.
Formación medica tradicional + sentido común, permite evaluar los tratamientos y procedimientos nuevos.	Se necesita manejar nociones de metodología para interpretar las publicaciones científicas. El principio de autoridad pierde terreno.
Conocimientos y experiencia clínica son suficientes para generar reglas válidas (principio de autoridad).	

2.2. LO QUE NO ES

- No es imposible practicarla.
- No es "una vieja historia".
- No la está llevando a cabo todo el mundo: los clínicos disponen de insuficiente tiempo para estar al día y leer los avances médicos publicados.
- No es un "libro de recetas" de medicina: proporciona una base útil pero no debe sustituir por completo la experiencia clínica. No va a establecer directamente la decisión que se debe

tomar, ni va a llevar a cabo de forma literal lo indicado en la evidencia externa. El objetivo de la MBE es la integración de ambas partes, sin dejar ninguna de ellas de lado. La experiencia del clínico es la que debe decidir si lo indicado en una publicación científica es aplicable y relevante para su paciente concreto.

- No ha sido creada para abaratar los costes. No son los gerentes médicos los encargados de manejarla para recortar gastos, lo que sería un inadecuado uso de la MBE.

- No se limita únicamente a determinados estudios, como son los meta-análisis y ensayos clínicos aleatorizados. Este tipo de estudios ofrecen un elevado nivel de evidencia, pero no siempre van a ser la mejor fuente para todos los pacientes. Hay casos concretos en que, para poder aplicar los resultados, se debe buscar en otro tipo de estudios más específicos.

3. LÍMITES Y CRÍTICAS A LA MBE

- Que sea un avance arriesgado y peligroso: podría eliminar la libertad de la práctica clínica y la autonomía de los médicos.
- Que se emplee con el objetivo de recortar costes y disminuir el gasto.
- Para aplicar esta técnica, se precisa de interés, tiempo y esfuerzo.
- Que sólo sea posible en determinadas condiciones idóneas de presión asistencial.
- La complejidad de las fuentes: Se precisa de información que debe ser mantenida mediante infraestructuras de tecnología.
- Requiere un aprendizaje previo: realizar la búsqueda en la evidencia externa y la valoración de una manera crítica y adecuada. Es necesaria una inversión en preparación y formación para la que los clínicos no han sido instruidos.
- No todas las respuestas y decisiones que se deben llevar a cabo en la práctica de la medicina, podemos obtenerlas mediante una búsqueda en la bibliografía.

4. ¿POR QUÉ LA MBE?

- Para poder ejercer una medicina científica, es necesario integrar la parte humanística con la tecnológica.
- Facilita la resolución de decisiones complejas que aparecen durante el desarrollo de la práctica clínica.
- En la actualidad, la práctica clínica presenta grandes variaciones: es necesario disminuir dichas variaciones para obtener resultados más eficaces.
- Hay algunas prácticas que son mejores que otras.

- Permite actualizar los conocimientos médicos, capacita para utilizar fuentes de información y ser más crítico a la hora de aplicar determinados datos.
- En necesario tener en cuenta la calidad y los costes, lo cual cada vez presenta una preocupación mayor en el ejercicio de la medicina.
- Existe una brecha entre investigación y práctica.
- El 40 % de las decisiones clínicas no se apoya en pruebas o en evidencia científica.

➔ 5. ¿CÓMO SE PRACTICA LA MEDICINA BASADA EN PRUEBAS?

Para aplicar la MBE son necesarios cuatro pasos que se deben llevar a cabo de manera consecutiva:

5.1. HACER PREGUNTAS

Deben ser sencillas, precisas, concretas y claramente definidas. Se realizarán a partir de dificultades y problemas clínicos que aparezcan en un paciente.

5.2. BUSCAR RESPUESTAS

Se deben encontrar mediante búsquedas bibliográficas las pruebas disponibles. Hay diversas fuentes de datos:

- Bases de datos en internet: el acceso es rápido, fácil y sencillo, utilizando las estrategias de búsqueda.
 - Medline, cuya búsqueda se puede realizar gracias a Pubmed.
 - La Colaboración Cochrane.
 - Scopus, de Elsevier Science.
 - PsycINFO.
 - Evidence Based Mental Health.
 - National electronic Library for Mental Health (NeLMH).
- En revistas y publicaciones científicas: Bandler, "POEMS" del Journal of Family Practice, ACP Journal Club, Evidence Based Medicine, Evidence-Based, Practisce, JAMA.
- Protocolos y guías de práctica clínica.



5.3. VALORAR Y EVALUAR DE FORMA CRÍTICA LOS DOCUMENTOS Y PRUEBAS ENCONTRADOS

De esta manera, se podrán escoger los resultados más cercanos a la realidad, es decir, los más válidos y los resultados más aplicables en la clínica, los más útiles. Se están desarrollando programas y talleres de habilidades para la lectura crítica, como es el caso de CASP (Critical Appraisal Skills Programme), que tuvieron como origen Oxford, pero actualmente se están llevando también a cabo en España.

5.4. APLICAR LOS RESULTADOS Y LAS CONCLUSIONES A LA PRÁCTICA CLÍNICA

Una vez se obtiene el conocimiento necesario, se debe extrapolar este a un caso concreto de la práctica médica. Se debe tener en cuenta para la adecuada evolución del paciente no dejar de lado la experiencia clínica y las preferencias del propio paciente.

6. LA MBE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

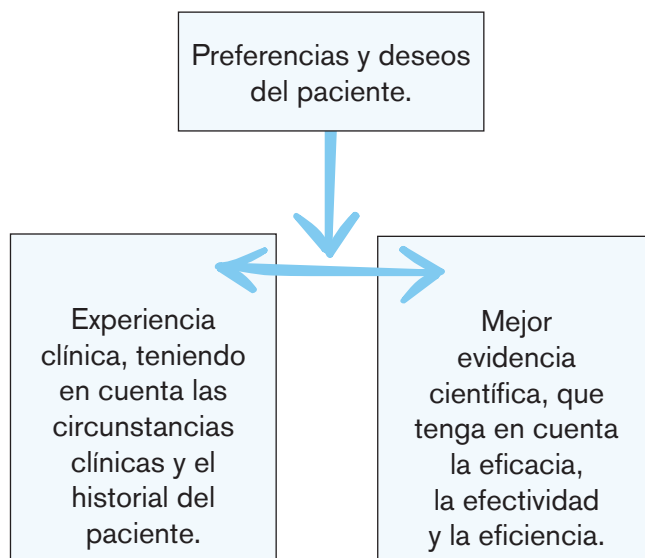
Para obtener eficiencia en clínica, es necesario pasar primero por la eficacia y posteriormente por la efectividad. Para obtener este primer eslabón de la cadena es preciso que las personas encargadas de tomar las decisiones sanitarias, sean capaces de diferenciar lo que es eficaz de lo que no lo es.

Tabla 2. Eficacia, efectividad y eficiencia

Nivel	Objetivo
Eficacia	Mejorar el diagnóstico, tratamiento y cuidado de los pacientes.
Efectividad	Mejora de resultados de la práctica clínica.
Eficiencia	Optimización de costes.

Las preferencias y decisiones del paciente deben de tenerse en cuenta al aplicar la práctica clínica y la mejor evidencia científica, integrándose de esta manera en el modelo de MBE.

Figura 2. Inclusión de preferencias del paciente en el modelo de MBE



7. NIVELES DE EVIDENCIA

Hay diferentes niveles de calidad según el tipo de fuente de la que se extraiga la información. Las clasificaciones de calidad de las publicaciones, sitúan en el nivel más alto, los ensayos clínicos aleatorizados y los meta-análisis.

Figura 3. Niveles de evidencia

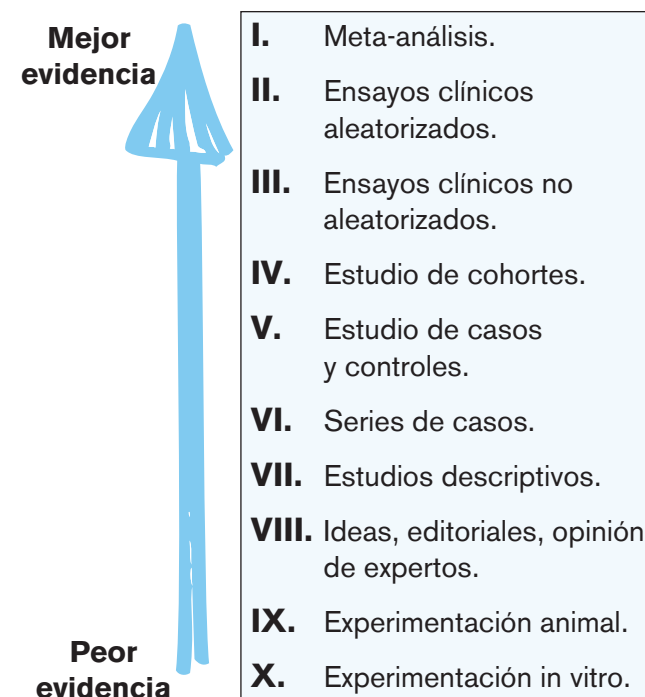


Tabla 3. Eccles M, Mason J (2001). How to develop cost-conscious guidelines. Health Technology Assessment 5:8

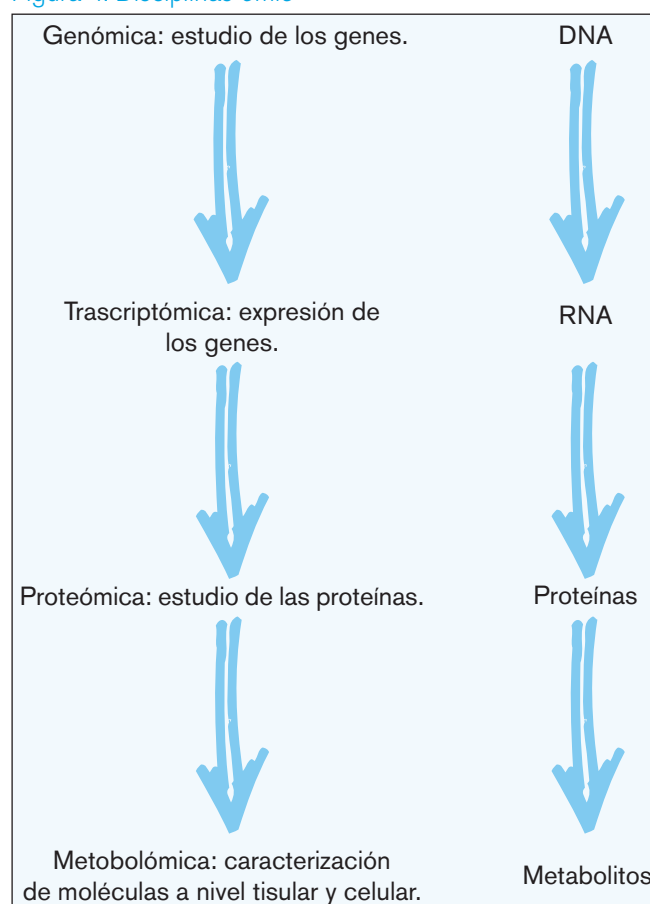
Nivel	Tipo de evidencia	Grado	Evidencia
I	Evidencias de revisiones sistemáticas o meta- análisis de ensayos clínicos aleatorizados controlados o de al menos un ensayo clínico aleatorizado controlado.	A	Directamente basadas en las evidencias de la categoría I.
IIa	Evidencias de al menos un ensayo clínico controlado no aleatorizado.	B	Directamente basadas en las evidencias de la categoría II o III o recomendaciones extrapoladas de las evidencias de la categoría I.
IIb	Evidencias de al menos un estudio cuasi-experimental.		
III	Evidencias de estudios descriptivos no experimentales, como estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos y controles.		
IV	Evidencias de informes u opiniones de comités de expertos y/o experiencia clínica de las autoridades correspondientes.	C	Directamente basadas en las evidencias de la categoría IV o recomendaciones extrapoladas de las evidencias de las categorías I, II ó III.

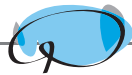
8. MEDICINA PERSONALIZADA

Las disciplinas *omic* (*genomic*, *proteomic*, *metabolomic*), intervienen en el estudio de los genes, sus productos iniciales, finales y derivados. El estudio de esta metodología, permitirá un mayor conocimiento de los genes y su implicación en la farmacocinética y la farmacodinámica de los fármacos. En última instancia, posibilitará una diana terapéutica futura y permitirá la "prescripción personalizada".

La medicina personalizada, se refiere a la indicación de un tratamiento concreto, teniendo en cuenta el código genético de un individuo. Supondrá un proyecto de futuro, según la información genética de los pacientes, podrán recibir el fármaco mas adecuado en la dosis idónea.

El desarrollo y la implantación de la medicina personalizada supondrán conocer la interrelación entre las enfermedades humanas y la información contenida en los genes de cada individuo.

Figura 4. Disciplinas *omic*



RECOMENDACIONES CLAVE

Conocer las bases y aplicación de la lectura crítica.

Estar familiarizado con la terminología y grados de evidencia de las guías clínicas.

Aplicación cotidiana de la MBE.

9. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Sackett DL, Rosenberg W, Muir JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't? Br Med J 1996;312:71-2.

Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, et al. Evidence-based medicine. How to practice & teach EBM. New York: Churchill Livingstone. 1997.

Oxman AD, Sackett DL, Guyatt GH. Users' guides to the medical literature. I. How to get started. JAMA 1993;270:2093-5.

Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina basada en la evidencia. Cómo ejercer y enseñar la MBE. Madrid: Churchill Livingstone España. 1997.

Haynes RB. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. Evidence does not make decisions, people do. Br Med J 2002;324:1350.

10. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

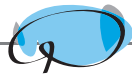
Donald A. Medscape. Psychiatry and mental health journal 2002;7.

Haynes RB, Haines A. Barriers and bridges to evidence-based health care practice. Br Med J 1998;317:273-6.

Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. Br Med J 1995;310:1122-6.

Cabello JB. Mesa: Experiencias en la disseminación de MBE. Critical appraisal skills programme-España. CASPe. FSIS. Seminario Archie Cochrane. Barcelona. 2000.

De Leon J. The potential of genotyping. Science 2008;321:769.



6. CONCEPTOS BÁSICOS DE NEUROCIENCIA



Autores: Luis Ortiz Paredes y Sagrario Marco Orea
Tutor: Carmelo Pelegrín Valero
Hospital San Jorge. Huesca

CONCEPTOS ESENCIALES

La neurociencia representa una fuente básica de formación para el residente de psiquiatría, debido que todo proceso psíquico tiene lugar en el cerebro.

La neuroanatomía funcional y la neuroquímica cerebral nos permiten una introducción básica en este campo.

El descubrimiento de los circuitos frontosubcorticales han supuesto unos de los mayores avances en el campo de la neuropsiquiatría en general y de la psiquiatría en particular.

La influencia del estrés crónico en la precipitación de síndromes depresivos a través de la hiperactivación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal y el bloqueo de los factores neurotróficos es otro de los hallazgos relevantes en el campo de las neurociencias en la última década.

1. DEFINICIÓN DE NEUROCIENCIA

El cometido de la neurociencia es comprender los procesos mentales por los cuales percibimos, actuamos, aprendemos y recordamos. La neurociencia estudia la estructura y la función neuroquímica, farmacológica y de la patología del sistema nervioso. Del mismo modo su objeto de estudio son los diferentes elementos del sistema nervioso que interactúan entre sí para dar origen a la conducta humana. El estudio biológico del cerebro es un área multidisciplinar que abarca muchos niveles, desde la biología molecular hasta las funciones cognitivas y la conducta. La neurociencia explora campos tan diversos como la actuación de los neurotransmisores en la sinapsis, los mecanismos biológicos responsables del aprendizaje, la influencia de la genética en la conducta.... En este capítulo, dada la complejidad del tema, nos vamos a limitar a una introducción a la neuroanatomía funcional y de los sistemas de neurotransmisores.

2. NEUROANATOMÍA FUNCIONAL

El cerebro o encéfalo es el término para designar el tejido que se encuentra en el interior del cráneo. El encéfalo es el órgano que ejerce el control de la conducta. La conducta puede definirse como cualquier tipo de movimiento en un organismo vivo.

2.1. LA CORTEZA CEREBRAL

Tiene dos mitades relativamente simétricas, llamadas hemisferios, una a la derecha y otra a la izquierda. La neuroanatomía moderna divide cada hemisferio en cuatro partes principales o lóbulos: el occipital, en la parte posterior del encéfalo; el temporal, justo debajo de las sienas; el parietal, en la parte superior (de arriba) y posterior del encéfalo; y el frontal, en la parte anterior del mismo, detrás de la frente. Los lóbulos occipitales procesan exclusivamente *input* visual, procedente tanto de los ojos como de la memoria (al menos en algunos casos, como imágenes mentales). Las principales funciones de los lóbulos temporales y parietales se describen en la tabla 1.



Tabla 1. Funciones de los lóbulos parietales y temporales (modificado de Kolb y Whishaw)

LÓBULO PARIETAL	LÓBULO TEMPORAL
Agnosia digital (lóbulo parietal izquierdo). *	Perturbación de la sensación y percepción auditiva.
Confusión derecha-izquierda. *	Afectación de la atención selectiva de la información auditiva y visual.
Agrafia (incapacidad para escribir). *	Trastornos de la percepción visual.
Acalculia (incapacidad para realizar operaciones matemáticas). *	Deterioro de la organización y categorización del material verbal.
Dislexia, disfasia. **	Déficit de la comprensión del lenguaje.
Apraxia. **	Deterioro de la memoria a largo plazo.
Apraxia constructiva.	Trastornos de la personalidad y del comportamiento social. ****
Negligencia contralateral. ***	Alteración del comportamiento sexual.
Trastornos de la imagen corporal.	
Déficit en la capacidad espacial.	
Defecto en los movimientos de los ojos.	

* Síndrome Josef Gerstman (lesión en lóbulo parietal izquierdo).

** Lóbulo parietal izquierdo.

*** Lóbulo parietal derecho.

**** En concreto, el polo anterior temporal derecho.

Los lóbulos frontales se dividen en tres regiones anatómicas: corteza motora-premotora, corteza paralímbica que comprende la región anterior del giro en cíngulo y el corte prefrontal que comprende la corteza dorsolateral, la orbitaria y la mesial (en esta última incluimos la paralímbica). Estas cortezas están conectadas con diversas estructuras subcorticales, formando los circuitos frontosubcorticales, lo que explica que los síntomas que provoca una lesión frontal sean distintos según la región o circuito afectado. La descripción de estos circuitos representan en nuestro criterio uno de los mayores avances en la neurociencia en las últimas décadas y en la relación entre cerebro y conducta. En la tabla 2 se exponen los síntomas que se asocian a la lesión de los tres circuitos frontosubcorticales.

2.2. ÁREAS SUBCORTICALES

Las áreas subcorticales del cerebro humano a menudo parecen ser muy similares a las de otros animales;

los investigadores sugieren que estas áreas desempeñan funciones similares en diversas especies. Esto no quiere decir que dichas áreas no realicen funciones complejas, bien esenciales para la vida, bien fundamentales para la supervivencia del organismo. Destacan las siguientes estructuras:

- El tálamo, que se encarga de regular el flujo de información en el encéfalo.
- El hipotálamo se encuentra justo debajo del tálamo y controla muchas funciones del cuerpo, incluyendo mantener constante la temperatura corporal y la tensión arterial, la ingesta de comida y de bebida, conservar la frecuencia cardíaca dentro de límites apropiados y regular la conducta sexual. Además controla la hipófisis que a su vez controla la secreción hormonal.
- El sistema límbico es un grupo de estructuras muy disperso de núcleos cerebrales que se interconectan entre sí, para formar una red íntimamente implicada en los mecanismos de la emoción y el aprendizaje. Está formado, en primer lugar, por el hipocampo que se encarga de dirigir los procesos que permite el almacén de nuevos recuerdos. Se continúa con el fornix formando dos arcos bajo la superficie de los

Tabla 2. Circuitos frontosubcorticales y síndromes frontales (modificado de Pelegrín y Gómez, 1996)

SISTEMA ÓRBITOFONTAL	SISTEMA MEDIAL FRONTAL	SISTEMA PREFRONTAL DORSOLATERAL
Impulsividad.	Apatía extrema (en algunos casos mutismo acinético).	Disminución de la actividad dirigida a un fin.
Desinhibición y disfunción de la conducta social.	Espontaneidad del comportamiento reducida.	Indiferencia y embotamiento afectivo.
Escasa capacidad de empatía.	Lenguaje empobrecido.	Enlentecimiento psicomotor.
Afecto inapropiado y euforia pueril.	Actividad motora reducida.	Pobre planificación y planificación.
Distractibilidad.	Indiferencia al dolor.	Déficit en la secuenciación temporal (ordenación de los acontecimientos).
Incapacidad para inhibir las respuestas contradictorias e inmediatas.		Perseverancia motora e impersistencia en la actividad dirigida a un fin.
Egocentrismo, conducta infantil.		Alteraciones en la capacidad de desarrollar planes de acción, pensamiento y lenguaje.
Inestabilidad emocional.		Disminución de la capacidad de abstracción, generalización y combinación de ideas.
Irritabilidad.		Disociación verbal-motora.
Escaso insight o autoconciencia.		Fluencia verbal disminuida.
Hipercinesia improductiva.		Análisis visuoespacial deficiente y segmentario.
Discriminación olfatoria reducida.		Déficit de la memoria de trabajo.

hemisferios. Otra estructura del sistema límbico es la amígdala, esencial tanto para apreciar las emociones de los demás, como para generar las que expresan nuestras propias emociones, especialmente el miedo. La amígdala puede modular el funcionamiento del hipocampo, relación que nos ayuda a guardar recuerdos vividos con alta carga emocional. Otros componentes del sistema límbico incluyen una franja de corteza llamada circunvolución cingulada, el bulbo olfatorio y los cuerpos mamilares.

- Los ganglios basales constan de cuatro núcleos principales que son: 1) el cuerpo estriado; 2) el globo pálido; 3) la sustancia negra y 4) el núcleo subtálmico. El cuerpo estriado tiene tres importantes subdivisiones: el núcleo caudado,

el putamen y el estriado ventral (que incluye el núcleo accumbens). Las funciones de los ganglios basales son las siguientes: activación e inhibición de redes neuronales en un contexto temporoespacial; aprendizaje motor; secuenciación; atención selectiva y “filtro de la información”; memoria implícita y actividad motora dirigida con el objetivo de una recompensa. En este último apartado tiene un papel fundamental el núcleo accumbens y el área tegmental ventral, cuyas fibras dopaminérgicas se proyectan a este núcleo, y la corteza frontal dando lugar a un sistema de neuronas cuyo papel es transformar una determinada “energía afectiva” en una conducta que tiene el objetivo de obtener una “recompensa” o evitar un “castigo”.



2.3 CÉLULAS DEL SISTEMA NERVIOSO

El sistema nervioso está compuesto por dos clases de células: las neuronas, que transmiten la información; y las células gliales, que son células de sostén.

2.3.1. Neuronas

La neurona es la unidad básica de la conducta. Consta de tres partes básicas: un cuerpo celular, o soma; ramificaciones llamadas dendritas, diseñadas para recibir información; y un único axón, que pasa información a otras células. Los tres tipos de neuronas son: neuronas sensoriales (que envían señales de información desde los receptores sensoriales del cuerpo), neuronas motoras (que envían señales que permiten a los músculos moverse) y las interneuronas (que enlazan las actividades sensoriales con las motoras). Se comunican a través de la sinapsis que consta de una terminal axónica de la primera neurona (que está rodeada de una membrana presináptica), una hendidura sináptica (un hueco delgado entre las dos neuronas), y una membrana postsináptica sobre la segunda neurona.

2.3.2. Células gliales

Se describen como las células de soporte del sistema nervioso; si bien no transmiten información, ayudan a las neuronas a llevar a cabo esta tarea. Al contrario que las neuronas, que se forman en los primeros años de vida, las células gliales se renuevan constantemente. Son las siguientes:

- Los endoteliales. Son las células que producen y segregan el líquido cefalorraquídeo que llena los ventrículos.
- Los astrocitos proporcionan un soporte estructural dentro del sistema nervioso central.
- Las células microgliales supervisan la salud del tejido cerebral. Cuando se lesionan las células cerebrales, invaden el área para suministrar factores de crecimiento que favorecen la recuperación. Si el tejido está muerto, las células microgliales devoran los desechos celulares para eliminarlos, proceso llamado fagocitosis.
- Oligodendrocitos y células de Schwann son dos tipos de neuroglíocitos que aportan mielina, o "aislamiento", a los axones de las neuronas.

3. LA TRANSMISIÓN SINÁPTICA

El punto en el que se comunica una neurona con otra recibe el nombre de sinapsis, y la transmisión sináptica es fundamental para los procesos psíquicos. Una neurona media establece unas 1.000 conexiones sinápticas y recibe hasta 10.000 conexiones. Las neuronas están separadas por un pequeño espacio, la hendidura sináptica, no existe continuidad entre el citoplasma de una célula y el de la siguiente. La transmisión sináptica química depende de la liberación de un neurotransmisor por parte de la neurona presináptica. Un neurotransmisor es una sustancia química que se une a receptores específicos de la membrana de la célula postsináptica. En la mayoría de las sinapsis químicas, la liberación del transmisor se produce en los terminales presinápticos, que son unos engrosamientos especializados. Las terminales presinápticas contienen grupos de vesículas sinápticas individuales, cada una de las cuales está ocupada por varios miles de moléculas de un transmisor específico. La transmisión sináptica en la sinapsis química comprende varios pasos. Un potencial de acción que le llega al terminal de un axón presináptico hace que se abran los canales de Ca^{++} sensibles al voltaje en la zona activa. El flujo hacia dentro de Ca^{++} , produce una elevada concentración de ese ión cerca de la zona activa, que a su vez hace que las vesículas con el neurotransmisor se fusionen con la membrana celular presináptica y liberen su contenido en la hendidura sináptica (proceso denominado exocitosis). Las moléculas de neurotransmisor liberadas difunden, a continuación, a través de la hendidura sináptica y se unen a receptores específicos de la membrana postsináptica. Estos receptores hacen que se abran (o se cierren) los canales iónicos y de esta forma cambian la conductancia y el potencial de la membrana en la célula postsináptica.

3.1. LOS NEUROTRANSMISORES

Para que una sustancia química sea considerada un neurotransmisor debe cumplir los siguientes criterios:

- Es una molécula sintetizada y liberada por las neuronas a los terminales presinápticos.
- Se libera en las terminaciones nerviosas en una forma química o farmacológicamente identificable.

- Presenta interacción con los receptores postsinápticos y desencadena los mismos efectos que se observa tras la estimulación de la neurona presináptica.
- Las enzimas para la síntesis del transmisor existen en los terminales presinápticos o, en el caso de los péptidos, en el soma.
- El neurotransmisor se libera cuando los impulsos nerviosos alcanzan los terminales, y lo hacen en número suficiente para provocar cambios normales en los potenciales postsinápticos.
- En la membrana postsináptica existen receptores específicos para el neurotransmisor liberado.
- La aplicación experimental de cantidades apropiadas de sustancias químicas en la sinapsis provoca cambios en los potenciales postsinápticos.
- El bloqueo de la liberación de sustancias impide que los impulsos nerviosos presinápticos alteren la actividad de la célula postsináptica.

La complejidad neuroquímica del cerebro es enorme y se ha hecho evidente mediante técnicas como la inmunocitoquímica que ha proporcionado un conocimiento más completo de la ubicación de estas sustancias en el sistema nervioso y la multiplicidad de vías en las que interactúan. A continuación de forma resumida detallamos los neurotransmisores más importantes.

3.1.1. La acetilcolina

La acetilcolina (ACh) es el único neurotransmisor importante de peso molecular bajo que no procede de un aminoácido. Es sintetizada en las terminaciones nerviosas a partir de la acetilcoenzima A y de la colina, a través de la enzima colina acetil-transferasa. El grupo más destacado de células colinérgicas está en el prosencefalo basal en el núcleo basal de Meynert, núcleo septal medial, la banda diagonal de Broca y la sustancia innominada proyectándose, entre otros lugares, al hipocampo y la amígdala. Actúa a través de la estimulación de dos receptores: nicotínico y muscarínico. Sus acciones funcionales más importantes son las siguientes: la vigilancia, la atención selectiva y la memoria.

3.1.2. La dopamina

La síntesis de dopamina (DA) requiere el transporte del aminoácido L-tirosina a través de la barrera hematoencefálica y hacia el interior de las células. Una vez que la tirosina se introduce en una neurona, la conversión de L-tirosina en L-dopa se realiza por la enzima tirosina hidroxilasa; a su vez, la L-dopa es rápidamente convertida en dopamina. Las neuronas dopaminérgicas forman los siguientes circuitos neuronales:

- a) Circuito nigroestriado que está constituido por neuronas DA de la formación reticular mesencefálica y de la parte compacta de la sustancia negra del mesencéfalo. Estas neuronas dan lugar a axones que discurren a través del haz prosencefálico medial hasta inervar los núcleos caudado y putamen. La destrucción de las neuronas de este circuito da lugar a la enfermedad de Parkinson
- b) Circuito mesolímbico que parte del área tegmental ventral y sus axones forman el haz mesencefálico medial que ascienden a través del hipotálamo lateral y se proyectan en el núcleo accumbens y corteza frontal. Este circuito inerva muchas estructuras límbicas que sabemos que desempeñan funciones clave en las vías de motivación, acción motora y recompensa, por lo que se ha implicado en diversos problemas clínicos como los trastornos del ánimo, la psicosis y los cuadros por abuso de sustancias.

3.1.3. Serotonina

Los cuerpos celulares de las neuronas cerebrales que producen serotonina se localizan en la sustancia gris central, alrededor de la formación reticular en unos grupos de neuronas denominados "núcleos del rafe". Las neuronas serotoninérgicas se proyectan ampliamente en todo el SNC (hipocampo, séptum, amígdala, hipotálamo y neocórtex), lo que ha dado lugar a la hipótesis de que la serotonina induce un efecto modulador importante en todo el cerebro, en especial en el sistema límbico y por lo tanto su influencia en el estado emocional de individuo: ansiedad, estado del ánimo, agresividad. También está implicada en la regulación de los ritmos circadianos, la alimentación y con otros neurotransmisores, participan en el control hipotálamico de la secreción de



la hipófisis, particularmente en la regulación de la prolactina, adrenocorticotropina (ACTH) y hormona del crecimiento. Por último reseñar que la serotonina junto con la noradrenalina interviene en la regulación de la vigilia, en el proceso activo del sueño, de la atención, en los procesos motivacionales y en la regulación de los estados del ánimo.

3.1.4. La noradrenalina

La noradrenalina (NA) se produce a partir del precursor aminoácido L-tirosina; la enzima dopamina beta-hidroxilasa convierte la DA en NA y, como ocurre con la síntesis de DA, la tirosina hidroxilasa es la enzima limitante de la síntesis de NA. Las neuronas que liberan noradrenalina o norepinefrina están organizadas en tres agrupamientos principales en el tronco del encéfalo: el núcleo locus coeruleus de la protuberancia; el fascículo noradrenérgico dorsal y el ventral. Se proyectan al córtex, al sistema límbico (hipocampo, septum y amígdala) y al diencefalo, tálamo e hipotálamo. También se proyectan de forma descendente, con lo cual su principal papel estriba en la regulación de los niveles de vigilancia y, particularmente, en la actividad mínima de la vigilia, influyendo claramente en los niveles de atención, las emociones y el nivel de activación psicofisiológica.

3.1.5. Sistema glutamatérgico

El glutamato y el aspartato son los dos aminoácidos excitatorios principales del SNC, en el que están presentes en concentraciones elevadas. A diferencia de los anteriores neurotransmisores para su síntesis no precisan aminoácidos a través de la barrera hematoencefálica, el glutamato y el aspartato del torrente sanguíneo no pueden atravesar en grado suficiente la barrera y son producidos por mecanismos cerebrales especializados. Son neurotransmisores excitatorios de amplia distribución en el SNC con funciones importantes en la plasticidad sináptica, el aprendizaje y la memoria. Por el contrario cantidades excesivas de glutamato son sumamente tóxicas para las neuronas, efecto conocido como excitotoxicidad que es probablemente el resultado de un flujo excesivo hacia dentro de Ca^{++} a través de canales de tipo NMDA (receptor N-metil-D-aspartato). Estas elevadas cantidades de Ca^{++} pueden activar las proteasas y las fosfolipasas dependientes del calcio y producir

radicales libres que son tóxicos para la célula. La toxicidad del glutamato puede contribuir a aumentar la lesión celular tras un daño cerebral adquirido (ictus, trauma encéfalico, status epiléptico...).

3.1.6. Sistema gabaérgico

El ácido gamma-aminobutírico (GABA) (el principal neurotransmisor inhibitorio en el SNC) es uno de los neurotransmisores más abundantes y las neuronas que contienen GABA se localizan en la práctica totalidad de las áreas del SNC. El GABA se sintetiza a partir del aminoácido precursor glutamato por medio del enzima descarboxilasa del ácido glutámico. Existen dos subtipos conocidos de receptores GABA, denominados GABA A y GABA B. Los receptores GABA A son modulados alostéricamente (la unión del neurotransmisor a un receptor secundario que influye en el receptor mediante un mecanismo diferente al de la unión directa al sitio receptor primario) por las benzodiazepinas; también influyen en los receptores GABA A otros fármacos como: el zolpidem, los barbitúricos e incluso el alcohol.

3.1.7. Neurotransmisión peptidérgica

Los neuropéptidos han despertado un interés cada vez mayor como moduladores clave de la función del SNC. Los opiáceos constituyen una familia de péptidos que pueden ser sintetizados de manera endógena en el SNC (endorfinas). Los receptores más importantes son los receptores opiáceos *mu*, *delta* y *kappa*. Son péptidos derivados de proteínas precursoras llamadas proopiomelanocortina, proencefalina y prodinorfina. Varias partes de estas proteínas precursoras se separan para formar endorfinas o encefalinas, son almacenadas en las neuronas opiáceas y presumiblemente liberadas durante la neurotransmisión para mediar en las acciones endógenas de tipo opiáceo.

3.1.8. Neurotrofinas

Las neurotrofinas constituyen una familia de factores reguladores que intermedian la diferenciación y la supervivencia de las neuronas, así como la modulación de la transmisión y la plasticidad sináptica. La familia de las neurotrofinas incluye actualmente, entre otras sustancias, el factor de crecimiento neuronal (NGF, *nerve growth factor*). Este factor se ha docu-

mentado que sustenta la viabilidad de las neuronas cerebrales, pero en condiciones de estrés crónico, lo que lleva a la atrofia y a la posible apoptosis de las neuronas vulnerables del hipocampo cuando se interrumpe el suministro de NGF. Esto, a su vez, lleva a la depresión y a las consecuencias de episodios repetidos que cada vez son más repetidos y con menor respuesta al tratamiento.

3.1.9. Hormonas y citocinas

También en relación con los factores neurotróficos, se conoce que el estrés actúa como un factor inmunomodulador que suprime o inhibe la respuesta inmunitaria celular y aumenta la inmunidad humoral. Los glucocorticoides (cortisol) inhiben la secreción de interleucina-2 e interferon-*gamma*. En respuesta al estrés crónico, algunas de estas citocinas proinflamatorias estimulan todavía más la secreción de cor-

tisol y hacen que su concentración en los tejidos sea aún mayor que en situaciones normales de estrés. Por otra parte, se ha mostrado que en pacientes deprimidos existe una disminución de la función de los receptores cerebrales de los glucocorticoides, lo que da lugar a una alteración de la retroalimentación negativa que ejerce el cortisol y el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal se mantiene en un estado constante de hiperactividad.

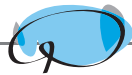
Podríamos prolongar casi de forma indefinida este capítulo con la descripción de otros neurotransmisores, de las vías de transducción de señal, de los segundos mensajeros, de otros aspectos de biología molecular...; pero consideramos que una introducción básica centrada en la neuroanatomía funcional y en la descripción esquemática de los principales neurotransmisores es suficiente para los objetivos de este capítulo.

↑ RECOMENDACIONES CLAVE

El estudio de la neurociencia es muy complejo y extenso al englobar múltiples disciplinas: biología molecular, neuroanatomía, neuroquímica, neuropsicología, neuroplasticidad...

Nos ayuda a comprender los síntomas y la fisiopatología, desconocida parcialmente en muchos casos, de las principales enfermedades neuropsiquiátricas y psiquiátricas.

Para autores como Kandel la comprensión completa de los procesos biológicos del aprendizaje y la memoria podrían esclarecer nuestro conocimiento sobre el comportamiento y sus trastornos, aspiración compartida por muchos pioneros en el campo de la psiquiatría, como Sigmund Freud.



4. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Mesulam M. Principles and behavioral and cognitive neurology. Oxford: Oxford University Press. 2000.

Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM. Principios de neurociencia. Madrid: McGraw-Hill&Interamericana. 2001.

Schatzberg A, Nemeroff Ch. Tratado de psicofarmacología. Barcelona: Elsevier. Masson. 2006.

Kolb B, Whishaw I. Neuropsicología humana. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2006.

Kandel ER. Psiquiatría, psicoanálisis y la nueva biología de la mente. Barcelona: Ars Médica. 2007.

5. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Pelegrín C, Gómez R. Trastornos neuropsiquiátricos en los traumatismos craneoencefálicos graves. En: Neuropsiquiatría del daño cerebral traumático. Pelegrín C, Quemada I, Muñoz-Céspedes JM. Barcelona: Prous Science. 1997.

Piner JP. Biopsicología. Madrid: Pearson Educación, S.A. 2007.

Doidge N. El cerebro se cambia a sí mismo. Madrid: Santillana Ediciones Generales, S.A. 2008.

Smith EE, Kosslyn SM. Procesos cognitivos. Modelos y bases neuronales. Madrid: Pearson Educación, S.A. 2008.

Tirapu-Ustarroz J, Ríos-Lago M, Maestú Unturbe F. Manual de neuropsicología. Barcelona: Viguera Ediciones. 2008.



7. CONCEPTOS PSICOLÓGICOS BÁSICOS



Autores: Marta Vázquez Delgado y Antonio M. Ramírez Ojeda
Tutor: Alfonso Fernández Gálvez
Hospital Universitario Virgen de la Macarena. Sevilla

CONCEPTOS ESENCIALES

Inconsciente: contenidos o procesos mentales que no son capaces de alcanzar la consciencia por la actuación de la fuerza de la censura o represión.

Mecanismos de defensa: mecanismos inconscientes que forman parte del aparato psíquico de todas las personas y que sirven al yo para protegerse de los contenidos conflictivos o intolerables provenientes del ello. Sólo adquieren carácter patológico cuando se repiten de manera compulsiva o persisten en edades en los que ya no son necesarios.

Condicionamiento operante: ante un estímulo se produce una respuesta voluntaria que puede ser reforzada de manera positiva o negativa, haciendo que la conducta se fortalezca o se debilite sobre la base de una relación de contingencia.

Personalidad: ser propio y único de cada uno.

1. INTRODUCCIÓN

La psicología es una disciplina y ciencia que se encarga de estudiar la conducta del hombre y los procesos mentales y fisiológicos relacionados con ella. Esta disciplina adquirió el carácter de ciencia hace ya más de un siglo, cuando se desligó de la filosofía para acercarse a los procesos experimentales y al método científico, en gran parte gracias a los trabajos de Wilhelm Wundt, quien fue el primero en establecer un laboratorio de psicología en la Universidad de Leipzig en 1879. Desde entonces hasta ahora, la psicología como ciencia ha crecido mucho, atesorando conocimientos y encontrando nuevas áreas de aplicación, en especial la psicología clínica, la de mayor interés en psiquiatría. Entre las contribuciones más importantes que ha hecho la psicología a la psiquiatría, cabe destacar las aportaciones al estudio psicopatológico, las teorías de personalidad, las exploraciones psicométricas y las teorías dirigidas a explicar y tratar determinados trastornos. De estas y otras cuestiones hablaremos en este capítulo, tra-

tando de resumir y explicar de forma breve una serie de conceptos básicos y fundamentales en el estudio de la psicología y psiquiatría.

2. PRINCIPALES ENFOQUES TEÓRICOS

2.1. ESCUELA PSICODINÁMICA

Su vertiente más desarrollada es el psicoanálisis. Este paradigma surge en torno a los trabajos de Sigmund Freud que, posteriormente, han sido desarrollados por diversos autores.

➡ Define la etiología de los trastornos mentales como conflictos intrapsíquicos entre las fuerzas o dinamismos conscientes e inconscientes. Aunque aún hoy continúa siendo motivo de controversia, la importancia de este paradigma radica en que además de constituir una base teórica para el entendimiento de la enfermedad mental, es una forma de terapia y todo un modelo explicativo del aparato psíquico humano.



Sus conceptos básicos son:

2.1.1. Freud (1856-1939)

Creador y principal impulsor del psicoanálisis, mediante obras tan importantes como Estudios sobre la histeria o La interpretación de los sueños.

- Primera tópica. Consciente e inconsciente: en el psiquismo operan hechos mentales, procesos y contenidos conscientes e inconscientes y ambas tienen la misma importancia para el sujeto.
 - Inconsciente: contenidos o procesos mentales que no son capaces de alcanzar la consciencia por la actuación de la fuerza de la censura o represión.
 - Consciente: sector de la mente en el cual se toma conocimiento de las percepciones provenientes del mundo exterior e interior. Es un fenómeno subjetivo cuyo contenido puede comunicarse sólo por medio del lenguaje o la conducta.
- Segunda tópica. Ello, yo y superyó:
 - Ello: forma primitiva y original del aparato psíquico, reservorio de los impulsos instintivos desorganizados.
 - Superyó: instancia psíquica que establece y mantiene la conciencia moral del individuo sobre la base de un complejo sistema de ideales y valores internalizados a partir de los propios padres.
 - Yo: instancia del psiquismo que actúa como intermediario entre las fuerzas del ello, el superyó y la realidad.
- Mecanismos de defensa: mecanismos inconscientes que forman parte del aparato psíquico de todas las personas y que sirven al yo para protegerse de los contenidos conflictivos o intolerables provenientes del ello.
 - Sólo adquieren carácter patológico cuando se repiten de manera compulsiva o persisten en edades en los que ya no son necesarios.

2.1.2. M. Klein (1882-1960)

Actualmente una de las corrientes psicoanalíticas más importantes es la constituida por los kleinianos.

Sus aportaciones más importantes derivan del análisis de niños mediante la técnica del “juego analítico”.

Entre los conceptos más importantes destacan:


- Posición esquizoparanoide: el bebé no diferencia personas, sino objetos parciales. Hay un predominio de la ansiedad paranoide.
- Posición depresiva: en ella el niño reconoce los objetos totales y se caracteriza por la ansiedad depresiva, los sentimientos de culpa y el predominio de la ambivalencia y la integración.

2.2. ESCUELA COGNITIVO-CONDUCTUAL

- Vertiente conductual: el conductismo es una corriente de la psicología que defiende el empleo de procedimientos estrictamente experimentales para estudiar el comportamiento humano. Consideran las conductas como la respuesta que el ser humano da a determinados estímulos externos (esquema estímulo-respuesta). Por tanto, reduce las sensaciones subjetivas a fenómenos observables (conductas). En la actualidad ha evolucionado alejándose del conductismo puro para reconocer la importancia de los procesos cognitivos.
- Vertiente cognitiva: atribuye la etiología de los trastornos mentales a errores o distorsiones del pensamiento. Intenta modificar los pensamientos que provocan la conducta. Se diferencia del conductismo puro en que considera al sujeto y sus motivaciones como parte activa del modelo de reacción estímulo-respuesta.

2.2.1. Conceptos básicos

- a) Teoría del aprendizaje: enuncia una serie de leyes sobre cómo se aprenden y quedan fijadas las conductas humanas.
- b) I. Pavlov (1894-1936): fisiólogo ruso que llegó a recibir el Premio Nobel.
 - Condicionamiento clásico: método utilizado por Pavlov en sus investigaciones. Consiste en asociar dos estímulos independientes (estímulo incondicionado y estímulo neutro) para que, a fuerza de repetirlos, la respuesta habitual para el estímulo incondicionado se asocie también al estímulo neutro, constituyéndose así la denominada reacción o respuesta condicionada.

- c) J. B. Watson (1878-1958): psicólogo norteamericano que utilizó la teoría del condicionamiento clásico para explicar determinados aspectos de la conducta humana.
- d)  B. F. Skinner (1904-1990): psicólogo neoconductista que desarrolló la teoría del condicionamiento operante: ante un estímulo se produce una respuesta voluntaria que puede ser reforzada de manera positiva o negativa, haciendo que la conducta operante se fortalezca o se debilite sobre la base de una relación de contingencia (que ocurren conjuntamente, sin relación de causalidad).
- e) A. Beck (nacido en 1921): psiquiatra norteamericano que teorizó que existe un trastorno de pensamiento en el núcleo de síndromes psiquiátricos como la ansiedad y la depresión. Es el padre de la terapia cognitiva.
- f) A. Ellis (1913-2007): creador de la Terapia Racional Emotiva y uno de los autores más importantes en el desarrollo de las terapias de orientación cognitivo-conductual.


2.3. ENFOQUE HUMANÍSTICO

A veces más cercano a la filosofía y a la sociología que a la propia psicología, este paradigma estudia las capacidades y las necesidades humanas. Por tanto, estudia al ser humano desde una perspectiva menos pasiva que el conductismo, teniendo en cuenta que tiene motivaciones, metas y necesidades. Concede gran importancia a la relación interpersonal.

- E. Fromm (1900-1980): Se dedicó al estudio del carácter, describiendo cinco tipos fundamentales. Para Fromm los procesos terapéuticos tienen que ver con el fortalecimiento del sentido ético del comportamiento del individuo.
- Maslow (1908-1970): Psicólogo estadounidense conocido por su teoría sobre las motivaciones humanas, "Jerarquía de necesidades de Maslow" o Pirámide de Maslow.
 - Pirámide de Maslow: En la base se sitúan las necesidades fisiológicas, después las de seguridad, luego las de afiliación, que dejan paso a las de reconocimiento y, por último, la autorrealización. Para poder ascender un nivel es necesario haber superado el previo.

2.4. ENFOQUE GESTÁLTICO

La Gestalt o psicología de la forma se dedica fundamentalmente al estudio de la percepción. Esta escuela se ha orientado hacia los procesos organizativos de la conducta.

 Considera que un fenómeno en su conjunto es más que la simple suma de sus componentes y las experiencias y la conducta son patrones de organización. El "todo" es percibido antes y las partes que lo componen adquieren sentido en función de su "gestalt" (configuración).


Conceptos básicos:

- M. Wertheimer (1880-1943), K. Koffka (1886-1941) y W. Kohler (1887-1967): Psicólogos alemanes padres de la Gestalt. Basándose sobre todo en sus estudios de la percepción visual desarrollaron los principios y leyes de la Gestalt, aplicándolos posteriormente al pensamiento y a la resolución de problemas.

2.5. PARADIGMA SISTÉMICO

Surgido en los años 60 como resultado del intento de aplicar la teoría general de sistemas a la conceptualización y tratamiento de los trastornos mentales. Autores destacados son G. Bateson, P. Watzlawick y J. Haley. Lo revolucionario de este paradigma radica en que entiende la psicopatología y las conductas disfuncionales como resultado de las relaciones que el paciente establece con los grupos o sistemas que constituyen su entorno. Por tanto, son estos sistemas su objeto de estudio y su diana terapéutica.

Conceptos básicos:

-  Teoría del doble vínculo: dos o más personas participan en una relación intensa que posee un gran valor para la supervivencia física y/o psicológica de una, varias o todas ellas. En ese contexto se da un mensaje que está estructurado de tal modo que:
 - a) Afirma algo.
 - b) Afirma algo de su propia afirmación.
 - c) Ambas afirmaciones son mutuamente excluyentes.
 - d) Cuando el vínculo es duradero se convertirá en una expectativa habitual y autónoma.
 - e) Patrón de comunicación autopertpetuador.



3. PROCESOS PSICOLÓGICOS BÁSICOS Y SUPERIORES

3.1. FUNCIONAMIENTO AFECTIVO

- Emoción: no existe una definición plenamente satisfactoria para este término, que debería hacer referencia a sus principales funciones: su importancia en la adaptación corporal, en la comunicación social y en la vivencia subjetiva de quien las experimenta. Por tanto, podríamos definirla como un estado mental inmediato dirigido a un objeto definido y que se evidencia en la conducta y cambios psicológicos acompañado por manifestaciones del sistema nervioso autónomo. Se caracteriza por su alta intensidad, escasa duración, las manifestaciones sociales y corporales acompañantes y la necesidad del objeto y la situación para detonar este estado emocional.
- Sentimiento: compleja disposición u organización de una persona con referencia a un objeto dado, persona, cosa o idea abstracta, que convierte al objeto en lo que es para el individuo. Por tanto, se trataría de una representación mental cargada de afectividad. Se caracteriza porque las respuestas son más duraderas, no es necesaria la presencia del objeto para que sea representado el sentimiento y está ligado a valores de una época determinada.
- Pasiones: podríamos definirlo como un estado mental a caballo entre la emoción y el sentimiento, intensa como la primera y duradera como el segundo.

3.2. FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO

- Sensación: estadio inicial de la recepción de la información, en el que se produce la codificación inicial de la información sensorial periférica simple. Se analizan los rasgos básicos de los estímulos físicos y se transforman en representaciones mentales en la memoria sensitiva.
- Percepción: proceso mental de tomar conciencia o reconocer un objeto. Reconocimiento o interpretación consciente de los estímulos sensitivos mediante asociaciones inconscientes especialmente en la memoria.
- Procesamiento de la información: Abarca todos los procesos mentales que tienen lugar entre

la recepción y la respuesta. Se refiere a las funciones complejas que operan sobre las representaciones perceptivas o recobradas de la memoria a largo plazo. El procesamiento de la información tiene lugar en la memoria operativa, que tiene una capacidad limitada.

- Atención: mecanismo que regula el procesamiento de la información. Hay tres aspectos implicados en su regulación: selectividad, capacidad y concentración sostenida. Se puede entender como el filtro que selecciona los estímulos que serán procesados y depende de los recursos cognoscitivos generales.
 - Atención selectiva: enfoca un reflector metafórico sobre los estímulos externos o las representaciones internas. El procesamiento se lleva a cabo a través de dos vías:
 - a) Etapa previa a la atención (circuito en paralelo): componente inicial de la percepción. Puede ser amplia y detecta estímulos ambientales provenientes de diversas fuentes (p. ej. que nos llamen por nuestro nombre en un sitio con mucho ruido). Reconoce estímulos muy familiares que se procesan de forma automática.
 - b) Atención focal (circuito en serie): Ocurre después y analiza en detalle los estímulos.
 - Capacidad de atención: el concepto de capacidad implica que una tarea dada impone cierta demanda a un conjunto restringido de recursos. Si se requieren más recursos se inhiben otras actividades simultáneas. Por ejemplo los procesos en serie no pueden realizarse simultáneamente porque el grado de procesamiento que requiere es alto, sin embargo, los procesos en paralelo sí porque el procesamiento es mínimo o nulo.
 - Atención sostenida: la posibilidad de mantener la atención se denomina vigilancia. Se mide mediante tareas que requieren alerta y concentración durante un período de tiempo determinado, consistiendo generalmente las pruebas en advertir estímulos infrecuentes a intervalos irregulares.
- Imaginación: capacidad de reproducir imágenes o ideas almacenadas en la memoria mediante la estimulación o la sugestión de ideas asociadas.

■ **Memoria:** mecanismo de almacenamiento o de procesamiento múltiple. Facultad mental por medio de la cual se recuerdan sensaciones, impresiones o ideas. Existen varias clasificaciones para este proceso mental:

- **Memoria implícita:** incluye el aprendizaje conductual, emocional y perceptivo basado en experiencias pasadas, pero cuando se recobra no involucra sensación de recuerdo consciente.
- **Memoria explícita:** almacena la información que puede verbalizarse y explorarse directamente a través del recuerdo y conocimiento.

Otro modelo categoriza a la memoria en:

- **Memoria a corto plazo:** memoria que se pierde en un período breve a menos que se refuerce. Memoria de acontecimientos recientes.
- **Memoria a largo plazo:** memoria que se retiene durante períodos prolongados sin esfuerzo aparente.

■ **Conciencia:** apreciación subjetiva de algunas facetas del procesamiento cognoscitivo. Dirigida hacia la información proveniente tanto de estímulos externos como de eventos internos (recuerdos, imágenes y pensamientos). Está comprobado que el procesamiento de la información varía con el estado de conciencia y que la percepción inconsciente puede influir sobre emociones, pensamientos y conductas. Algunos cuadros psiquiátricos pueden resultar de alteraciones primarias del aspecto cognoscitivo de la conciencia (despersonalización, desrealización, alucinaciones, pensamientos obsesivos o imagen corporal distorsionada).

■ **Pensamiento:** no existe una definición aceptada por todos. Los elementos básicos que lo componen son: proposiciones (funciones que poseen significado), imágenes y signos léxicos, gráfic y semánticos. Estos procesos pueden llevarse a cabo en paralelo, de forma simultánea e inconsciente. Sólo se reconoce a través de la traducción a la conciencia y al lenguaje. Involucra la representación mental de algún aspecto del mundo o del yo y su manipulación.

■ Sus componentes esenciales son: categorización, juicio, toma de decisiones y resolución

de problemas generales. Se puede dividir en distintas fases:

- **Pensamiento abstracto:** esta fase se caracteriza por la adaptabilidad, flexibilidad y el empleo de conceptos y generalizaciones.
- **Pensamiento sincrético:** durante esta fase el pensamiento se basa exclusivamente en lo percibido y experimentado. El niño es incapaz de hacer deducciones o generalizaciones.
- **Pensamiento concreto:** durante esta fase el pensamiento es progresivamente más coherente y lógico, de manera que el niño es capaz de clasificar, seleccionar, ordenar y organizar hechos, mientras sigue siendo incapaz de entender generalizaciones o comportamientos abstractos.

■ **Metacognición:** se refiere a funciones que actúan sobre las actividades cognoscitivas (“el pensamiento acerca del pensamiento”). Se desarrolla sobre los seis años y adopta varias formas, incluyendo la distinción entre apariencia y realidad. Dos de los componentes de esta toma de conciencia son: diversidad (el mismo objeto podría ser distinto para distintas personas) y cambio (puede haber pensamientos diferentes hoy, ayer, mañana...). Este conocimiento acerca del significado personal de las representaciones cognoscitivas requiere que el sujeto advierta la independencia de las mentes, campo teórico de la psicología evolutiva (teoría de la mente).

■ **Inteligencia y aprendizaje.**

- **Inteligencia:** capacidad total de un individuo para obrar acertadamente, pensar racionalmente y enfrentarse eficazmente con su ambiente.
- **Aprendizaje:** modificación relativamente permanente de la capacidad de un individuo para realizar una tarea, que se produce por la adquisición de conocimientos, competencias, aptitudes, destrezas o habilidades prácticas, o por la adopción de nuevas estrategias de conocimiento o acción, como efecto de una interacción con el medio (o experiencia), que puede adoptar forma de estudio, instrucción, observación o práctica.

En este punto tenemos que hacer referencia a J. Piaget (1896-1980), psicólogo infantil



suizo, dada su gran influencia en las teorías del desarrollo de la inteligencia. Según Piaget, el origen del conocimiento es un “estructuralismo constructivista”, lo cual quiere decir que las estructuras mentales se construyen dentro del sujeto como resultado de las interacciones con los objetos. Opinaba que lo innato es una actividad inteligente que permite la generación de estructuras de conocimiento cada vez más adecuadas, a partir de la abstracción de las acciones realizadas durante los estadios evolutivos.

▶ Piaget describió los cambios en las capacidades cognitivas de los niños a través de cuatro estadios denominados:

- Sensoriomotor (hasta los 2 años).
- Pensamiento preoperativo (2-7 años).
- Operaciones concretas (7-11 años).
- Operaciones formales (12-15 años).

Cada uno de estos estadios de desarrollo cognitivo refleja una progresión del aprendizaje. Piaget consideraba que un proceso básico en el desarrollo era la adaptación, como forma de responder a los estímulos externos y aprender a tratar, interactuar y adaptarse al entorno. La adaptación tiene dos aspectos: la asimilación y la acomodación. La asimilación se refiere a la utilización de respuestas previamente aprendidas ante estímulos nuevos e incorpora las nuevas experiencias al sistema propio de conocimiento. La acomodación se refiere al ajuste del sistema personal de conocimiento a las demandas de la realidad del entorno.

3.3. FUNCIONAMIENTO VOLITIVO

- Voluntad: facultad mental que permite a uno elegir o decidir conscientemente en el transcurso de una acción.
- Motivación: agregado de todos los motivos e impulsos que operan en un individuo en un momento dado, que influyen en su voluntad y determinan su conducta.

- Instinto: impulso irrazonable de llevar a cabo algún acto significativo sin una conciencia inmediata del fin a que ese acto puede llevar. Representación psicológica innata de una necesidad, como los instintos vitales de hambre, sed, sexual o los instintos mortales destructivos o agresivos.

3.4. PERSONALIDAD

▶ Estudio de las características específicas de un individuo de una especie, teniendo en cuenta su pertenencia a un grupo determinado (lo común), las diferencias con los miembros de su especie (lo diferencial) y lo que hace que el individuo sea único e intransferible (lo individual). Ser propio y único de cada uno. Sistema organizado de actitudes y predisposiciones de la conducta por medio del cual el individuo crea impresiones y establece relaciones con otros. Patrón de comportamiento que desarrolla cada persona, tanto de forma consciente como inconsciente, como medio para adaptarse a un entorno particular.

- Rasgo: característica de la persona relativamente permanente en el tiempo y/o frente a diferentes situaciones.
- Estado: característica de una persona que se ha presentado en una situación concreta o durante un período de tiempo determinado sin formar parte de él de manera estable.
- ▶ Temperamento: el temperamento es el conjunto de pautas reactivas (sobre todo emocionales) y autorreguladoras, de origen esencialmente genético, que parecen mantener estabilidad y continuidad a lo largo del desarrollo.
- ▶ Carácter: combinación de valores, sentimientos y actitudes. Hace referencia a cómo una persona percibe a los demás o a las cosas y está muy influenciado por factores culturales. Se va desarrollando a lo largo de la vida, regula el temperamento a las condiciones del ambiente social.

RECOMENDACIONES CLAVE

Aplicar los conceptos aportados por el psicoanálisis y sus escuelas, para conocer la dinámica inconsciente que interviene en el enfermar y en las distintas reacciones ante la enfermedad, mediante los mecanismos de defensa utilizados.

- Utilizar la psicología del aprendizaje en la práctica clínica para explicar la aparición y mantenimiento de determinados síntomas o trastornos. Hacer uso de ellas en intervenciones psicoterapéuticas.
- Diferenciar entre rasgo, temperamento y carácter en la exploración clínica de la personalidad para evitar errores diagnósticos y elegir intervenciones terapéuticas más adecuadas.
- Conocer el funcionamiento normal de los procesos psicológicos básicos para poder detectar alteraciones psicopatológicas.

4. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C. Tratado de psiquiatría. Volumen I. Sección B: Fundamentos de la psiquiatría. Bases psicosociales. Barcelona: Ars Médica. 2005:370-437.

Siegel DJ, Greenspan SI, Curry JF, Agras WS, Wilson GT, Lion JR, et al. Contribuciones de las ciencias psicológicas. En: Kaplan HI, Sadock BJ (eds.). Tratado de psiquiatría. Volumen I. 6ª ed. Baltimore: Inter-medica. 1995:253-308.

Marmer SS. Teorías dinámicas de la mente y psicopatología. En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA (eds.). Tratado de psiquiatría. 2ª ed. Mallorca: Ancora. 1996:153-96.

Freud S. El yo y el ello. En: Freud S. Obras completas. 2ª ed. Madrid: Biblioteca Nueva. 1987:2701-28.

Labrador FJ. Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Psicología Pirámide. 2001.

5. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Segal H. Introducción a la obra de Melanie Klein. Barcelona: Paidós. 1965.

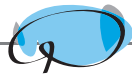
Coderch J. Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica. Barcelona: Herder. 1990.

Watzlawick P, Beavin Bavelas J, Jackson DD. Teoría de la comunicación humana. 11ª ed. Barcelona: Herder. 1997.

Vallejo Pareja MA. Manual de terapia de conducta. Volúmenes I y II. Madrid: Dykinson Psicología. 1998.

Beck A. Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée de Brouwer. 1992.





8. BASES SOCIALES DE LA PSIQUIATRÍA



Autoras: Verónica Ferro Iglesias y Ania Justo Alonso
Tutor: Carlos Porven Diaz
Hospital Psiquiátrico de Lugo. Lugo

CONCEPTOS ESENCIALES

Modelo social.

Reforma psiquiátrica.

Psiquiatría comunitaria.

Antipsiquiatría.

1. INTRODUCCIÓN

Los modelos biológicos y psicológicos dominan el pensamiento psiquiátrico en la actualidad, sin embargo los estudios clínicos demuestran que los trastornos mentales pueden ser provocados o influidos por los factores sociales. Este tercer modelo, el modelo social, une la enfermedad mental con las influencias sociales, analizando el grado en que éstas contribuyen a la etiología, presentación y mantenimiento de las enfermedades mentales, poniendo el énfasis en la prevención más que en el tratamiento.

La psiquiatría social surge de la aplicación de los métodos de las ciencias sociales al estudio de los trastornos mentales. Dentro del paradigma sociogénico se encuadran diversas escuelas (psiquiatría comunitaria, psiquiatría social, psiquiatría institucional y antipsiquiatría) que comparten una premisa fundamental: la importancia de los factores sociales en la génesis o en el mantenimiento de las alteraciones psíquicas.

El término psiquiatría social es utilizado por primera vez en Alemania en 1904 en la revista mensual de Medicina Social de G. Illberg, aunque sería en 1917 de la mano de Southard, director del Boston Psychopathic Hospital y fundador de los primeros centros

ambulatorios para enfermos mentales en los EE.UU., cuando adquiriera mayor difusión. La reforma psiquiátrica, en la segunda mitad del siglo XX, constituye el acontecimiento capital de la psiquiatría social. La salud mental se incorporó a la salud pública. El modelo asilar decimonónico de los hospitales psiquiátricos fue progresivamente desmantelado, creándose alternativamente una red de servicios psiquiátricos en los hospitales generales y en la comunidad asignada. El grado de implementación de la reforma permite medir la calidad de los programas de salud mental en los distintos países.

El período de mayor influencia de la psiquiatría social fueron los años 60 y 70 del siglo XX cuando se desarrollaron teorías que atribuían las causas de la enfermedad mental a fuerzas y factores sociales. Progresivamente la psiquiatría social ha ido perdiendo relevancia, sirve como ejemplo la ausencia de tratados o manuales publicados en España en los últimos veinticinco años. El libro más destacado en lengua española continúa siendo "Psiquiatría social" de Martí-Tusquets (1976). En el prólogo a dicho libro Joan Obiols, entonces catedrático de la Universidad de Barcelona, puntualiza con acierto que la psiquiatría social no debe ser concebida como una rama aplicada de la psiquiatría, como por ejemplo la psi-



psiquiatría forense, ya que la psiquiatría no puede dejar de ser social, por lo que hablar de psiquiatría social es una redundancia.

En este capítulo dedicado a las bases sociales de la psiquiatría revisaremos los condicionamientos sociales, históricos y culturales de la enfermedad mental, la evolución del concepto de psiquiatría social, y finalizaremos con su historia prestando una especial atención a su desarrollo en España.

2. PSIQUIATRÍA Y CIENCIAS SOCIALES. CONDICIONAMIENTOS SOCIALES DE LA ENFERMEDAD MENTAL

La psiquiatría social se relaciona principalmente no con otras ramas de la medicina ni con las neurociencias sino con las ciencias sociales, en particular con la antropología y la sociología. Los conceptos de enfermedad mental y salud son de algún modo contruídos cultural e históricamente en la propia interacción social. El hombre nace y es en sociedad. Puede afirmarse que dichas concepciones varían según el enfoque teórico o el criterio diagnóstico elegido; además son influidas por las concepciones filosóficas, morales, médicas y psicológicas vigentes en cada momento. Sociedades y grupos sociales diferentes producen y reproducen culturas diferentes, pensamientos diferentes y en última instancia, formas de enfermar diferentes. Este hecho nos demuestra la importancia de los valores sociales en la definición de la salud o la enfermedad mental. Para Durkheim, fundador de la escuela francesa de sociología y autor del primer estudio empírico en clave social sobre la enfermedad mental (*El Suicidio*, 1897), la sociedad preexiste al individuo, quien está impregnado, formado y dominado por ella. Un mismo comportamiento puede ser evaluado de distinta forma según el contexto social en el que se realiza. Incluso desde la sociología E. Goffman llega a definir la enfermedad mental no como un conjunto de síntomas claramente delimitables sino como una “incorrección situacional”.

Puede afirmarse que las enfermedades mentales tienen una patología individual y otra social, presentando relaciones con los factores sociales en dos sentidos: influencia de estos factores sobre la enfermedad y repercusión de ésta sobre el grupo social. Respecto a los factores sociales que influyen en la

enfermedad mental investigaciones de autores como Álvaro, Torregrosa y Garrido Luque, Bastide y Grau, entre muchos otros, ponen de relieve los efectos negativos para la salud mental del desempleo o de los procesos migratorios, así como las diferencias encontradas entre ambos sexos o entre clases sociales diferenciadas por su estatus socioeconómico. Están bien documentadas las relaciones entre enfermedad mental y factores psicosociales de riesgo como acceso a drogas y alcohol, emigración, aislamiento y marginación, falta de educación, transporte, casa, pobreza, discriminación, estrés laboral y desempleo; en definitiva, toda una serie de circunstancias sociales adversas. Estos estudios, al analizar las causas sociales del deterioro psicológico, enfatizan aquellos aspectos de intervención relacionados con el cambio social, además de intervenciones relacionadas con la terapia personal o familiar.

3. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA PSIQUIATRÍA SOCIAL

El concepto de psiquiatría social varía entre los distintos autores. Podemos distinguir:

- La psiquiatría social, en un primer sentido, es aquella disciplina que utilizando los conocimientos de las ciencias sociales se dirige hacia la investigación, el estudio y el tratamiento de las enfermedades mentales, procurando además su prevención por medio de una correcta integración del individuo en su ambiente social. Para Martí-Tusquets “la psiquiatría social estudia el lugar y el papel de los factores socioculturales en la etiología, la patogenia y la terapéutica de las enfermedades mentales”. Por su parte, el comité de expertos de la WHO reserva el término de psiquiatría social a aquellas “medidas preventivas y curativas que estén encaminadas a conseguir la competencia del individuo para un uso satisfactorio de su vida en relación con su propio ambiente social”.
- En un segundo sentido la psiquiatría social tiene como objeto el estudio de las colectividades mórbidas. Para el psiquiatra francés de origen judío Baruk, impactado por los hechos vividos en la Segunda Guerra Mundial, la psiquiatría social estudia las enfermedades de la sociedad en cuanto responden a un *ethos* colectivo que impone valores morbosos. Otros

autores como Fromm, creen que su objetivo es el de procurar el más alto grado de salud en la sociedad, sin considerar a ésta anormal o enferma.

- Finalmente, en un tercer sentido, la psiquiatría social estudia y analiza el comportamiento social de los enfermos mentales.

4. HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIAL

Los cambios históricos en la economía, la cultura y la sociedad han condicionado lógicamente la concepción de la enfermedad mental y el desarrollo de la psiquiatría. Realizaremos un breve repaso histórico:

- Antigüedad: en las antiguas civilizaciones se desarrolla una concepción mágico-religiosa de gran parte de las enfermedades, en especial de los trastornos psíquicos.

En Mesopotamia y en la India se consideraba que los demonios malignos causaban la locura y la fuente de curación era el dios benefactor adecuado. Para los hebreos la enfermedad mental era consecuencia del castigo divino. Lógicamente la consideración y el trato al enfermo mental variaba en función de si se creía que era castigado por los dioses o utilizado por éstos como oráculo o profeta.

Las explicaciones sobrenaturales se mantienen hasta el desarrollo de la civilización griega, en donde lenta y progresivamente comienzan a estudiarse las enfermedades mentales desde un punto de vista protocientífico, separando el estudio de la enfermedad mental de la magia, el mito y la religión, y atribuyéndoles un origen natural. En esta época se realizan las primeras descripciones clínicas. Hipócrates fue uno de los primeros en proclamar la etiología médica de la locura. A partir de la teoría de los humores, clasifica las enfermedades mentales en cuatro categorías: letargia, manía, melancolía y frenitis. Esta clasificación permanece casi invariable durante toda la civilización griega y romana.

- Edad Media y Renacimiento: con el desmoronamiento del Imperio romano debido, entre otras causas, a las invasiones bárbaras, las epidemias y la influencia cristiana, durante la Edad Media resurge el modelo de explicación sobre-

natural. Las enfermedades mentales se consideran, en general, posesiones diabólicas. En 1487, los teólogos alemanes Heinrich Kramer y Johann Sprenger, publican el *Malleus Maleficarum* (El martillo de las brujas), un manual para la detección de estas posesiones. Como consecuencia de este modo de pensar, muchos enfermos mentales, especialmente mujeres, son torturados y asesinados. Sin embargo, existen autores, como Weyer o Scott, que no aceptan esta explicación extranatural, surgiendo diversos textos de crítica hacia la demonología. A pesar de esta persecución, la asistencia a los enfermos mentales se realiza fundamentalmente en instituciones dependientes de la Iglesia. En 1410 el Padre Jofré crea en Valencia el primer manicomio, ejemplo que se extenderá por España, surgiendo una red de instituciones para la atención a los enfermos mentales. Durante el Renacimiento se avanza poco a poco hacia la observación y la razón, abandonándose progresivamente la visión mágica.

- Siglos XVII-XVIII: a principios del siglo XVII en obras tan importantes como el Quijote de Cervantes o el Hamlet de Shakespeare, se refleja un mayor énfasis en los aspectos psicosociales de la locura. A lo largo del siglo XVII y gran parte del XVIII se deteriora la asistencia psiquiátrica en relación con un cambio en la concepción de la enfermedad mental. En un entorno cada vez más urbanizado y focalizado en la producción, las formas de locura se toleran peor y los enfermos mentales permanecen en instituciones no con la finalidad de recibir asistencia, sino para alejarlos de la sociedad. Es la época del "gran confinamiento" descrito por Foucault.
- Siglo XIX: tras la revolución industrial y urbana del siglo XVIII y de la primera mitad del XIX los enfermos mentales comienzan a considerarse como una responsabilidad social y médica. Se inician nuevas formas de tratamiento moral y psíquico. Destacan figuras como Pinel en Francia que en 1794 rompe "las cadenas de los alienados", revindicando una asistencia terapéutica equiparable a la de otras enfermedades médicas. Este movimiento de terapia moral se extiende por Europa con Tuke en Inglaterra, Fricke en Alemania y por Estados Unidos con



Benjamín Rush. Surgen en esta época los precedentes de las actuales terapias de conducta, de habilidades sociales y la consideración de la reincorporación al trabajo como una parte importante del tratamiento. A lo largo del siglo XIX se desarrolla por un lado una psiquiatría científica, siguiendo el modelo orgánico-médico, con una búsqueda nosográfica que culminará en los albores del siglo XX con la obra de Kraepelin; y, por otra vertiente completamente distinta, surge el psicoanálisis con Freud.

5. DESARROLLO DE LA PSIQUIATRÍA SOCIAL Y COMUNITARIA EN EL SIGLO XX

En el siglo XX se realizan las grandes clasificaciones internacionales de enfermedades mentales, en un intento de unificar los criterios diagnósticos y se desarrolla de manera exponencial la psicofarmacología, que permitirá un manejo más efectivo de las alteraciones psiquiátricas. Será en este siglo cuando cobren mayor relevancia los factores ambientales y sociales. El concepto de psiquiatría social empieza a difundirse en el ámbito científico a partir del año 1940 gracias a Maxwell Jones, que comienza a utilizar la psicoterapia de grupo en la unidad de psicósomática hospitalaria de Mill Hill (Londres). Sus trabajos de investigación se consideran la cuna de la psiquiatría social. Además de Maxwell otros autores han incidido en la concepción social de la enfermedad mental. Entre ellos destacan Adler, Karen Horney y Harry Stack Sullivan que llegó a concebir la psiquiatría como “la ciencia de las interrelaciones humanas”. A lo largo de ese siglo se desarrollan nuevos tipos de terapia. J.L. Moreno estudia las interacciones que surgen dentro de los grupos (sociometría), proporcionándoles una base científica experimental, que será el inicio del psicodrama. A partir de las experiencias de J. Pratt en 1905 con un grupo de pacientes enfermos de tuberculosis, comienza un importante y extenso movimiento terapéutico social, destacando diversos autores que serán los pioneros de la psicoterapia de grupo como Slavson, S.H. Bach, Klapman y Corsini. En Gran Bretaña algunos psicoanalistas comienzan también el estudio de los fenómenos grupales con los enfermos psíquicos (S.H. Foulkes, Shuterlan, Bion).

El primer hospital de día surge en la antigua Unión Soviética en los años 30, debido a la masificación de

los hospitales psiquiátricos y la escasez de recursos económicos para atender una demanda cada vez mayor. Sin embargo, la publicación de esta experiencia (Dzhagarov, 1937) no tuvo repercusión en Europa hasta años después. En 1946, Cameron en Montreal y Bierer en Londres, presentan sus hipótesis de trabajo sobre el hospital de día, centrándose en la posibilidades terapéuticas y la optimización de los recursos económicos que conlleva. Se trata de una de las principales aportaciones de la psiquiatría social para la curación y rehabilitación de nuestros pacientes. En la década de los 60, surge en Inglaterra la denominada antipsiquiatría, un movimiento social de crítica hacia las teorías y prácticas de la psiquiatría convencional, que se había ido gestando en las décadas previas. Destacan Ronald D. Laing, David G. Cooper y, en Estados Unidos, T. Szasz con “El mito de la enfermedad mental”. Autores distintos como Foucault y Goffman, realizan una crítica hacia el poder y el rol que desarrolla la psiquiatría en la sociedad. Gran parte de las discusiones se centran en los manicomios. Las instituciones asilares han sido la pieza fundamental en la atención a los enfermos mentales durante un largo periodo histórico. Desde la sociología se iniciaron críticas hacia el papel de gestión social que ejercían, pero también numerosos profesionales de la medicina comienzan a considerarlas como reforzadoras del estigma social de la enfermedad mental y se inician las primeras descripciones de los efectos negativos de la institucionalización (la “neurosis institucional” de Barton es un buen ejemplo). Goffman en su obra *Asylums* (1961) describe los hospitales del estado como “instituciones totales”, impersonales, inflexibles y autoritarias. Aunque dentro de la antipsiquiatría existen diversas teorías doctrinales, se podría sintetizar su doctrina fundamentalmente en la crítica hacia tres estructuras:

- La sociedad, a la que consideran causa de toda enfermedad mental, que mediante un proceso de alienamiento fuerza al individuo a adoptar una identidad propuesta por el sistema social.
- La familia, que mantiene y perpetúa el status quo social mediante la educación.
- La institución psiquiátrica, que representa un sistema de control.

Aunque muchos de los postulados de la antipsiquiatría se revelaron falsos y acientíficos, su legado en forma de una mayor preocupación por el paciente,

sus condiciones sociales y su autonomía han modelado el desarrollo de una nueva psiquiatría comunitaria que, recogiendo parte de las críticas de la antipsiquiatría, organiza un nuevo modelo de asistencia a los enfermos mentales. Como resultado de todos estos cambios comienza un proceso de desinstitucionalización (la llamada “Psiquiatría del Sector” en Francia, la “Reforma Psiquiátrica” italiana ligada a Franco Basaglia, etc.), que no siempre fue parejo al desarrollo de dispositivos en la comunidad suficientes para atender a estos pacientes. Las terapias ocupacionales e industriales se utilizan con el fin de preparar a pacientes crónicos para abandonar los hospitales. Los hospitales de día proporcionan el tratamiento y continúan con la rehabilitación de los pacientes ambulatorios.

Las principales características del enfoque comunitario para la salud mental son el traspaso de la atención en salud mental desde el encuadre hospitalario a entornos más cercanos al domicilio del paciente. En la mayoría de los sistemas sanitarios se le dio prioridad a un servicio asistencial completo (red asistencial), incluyendo estructuras tanto hospitalarias como ambulatorias, con carácter de tratamiento, rehabilitación y lo más novedoso, la prevención. Se buscaba así una continuidad de la asistencia con la necesaria coordinación entre los diversos niveles asistenciales (trabajo en equipo multidisciplinario).

Se fomenta, en esta forma de entender la asistencia, la participación de la comunidad tanto en la planificación como en la oferta de recursos de apoyo y reinserción. Esta introducción de la psiquiatría en la comunidad permite asimismo, el acercamiento con el consiguiente asesoramiento y colaboración con otras instituciones (sanitarias, educativas y /o sociales).

6. PSIQUIATRÍA SOCIAL EN ESPAÑA

La estructura de la sociedad y los procesos de cambios sociales que se dan en ella influyen y, en cierta manera, determinan el desarrollo de una ciencia. Las circunstancias socio-históricas diferenciales de Europa y particularmente España motivaron un retraso en el desarrollo de las ciencias sociales con respecto a los EE.UU. Probablemente uno de los determinantes del atraso cultural de España haya sido su retraso en el desarrollo industrial. El primer libro de texto español sobre sociología “Estudios y Tratado de Sociología”

de Sales y Ferre, data de 1889. Durante el siglo XX la evolución fue lenta. En los años de la dictadura franquista las ciencias sociales y humanas apenas evolucionaron. Más tarde, en los años sesenta se iniciaron movimientos de crítica, sin llegar a igualar a los europeos. A lo largo de la historia en España han existido médicos preocupados por factores sociales y la desigualdad, principalmente representados por una larga tradición de médicos-escritores y médicos humanistas. Destacan tres grandes figuras: Jose de Letamendi, Gregorio Marañón y Pedro Laín Entralgo. En la misma tradición humanista se encuentran una serie de psiquiatras, de posiciones ideológicas diferentes, J. López Ibor, Juan Rof Carballo y Castilla del Pino. Un género diferente es el de los médicos-políticos, entre estas figuras está el psiquiatra Emilio Mira López, primer introductor del psicoanálisis en España.

En la evolución de las ciencias sociales destaca Cataluña. En la Universidad Autónoma de Barcelona se inicia el desarrollo conjunto de la Sociología y Psicología. En Mayo del año 1981 se reúne en Barcelona la “Sección de Sociología de la Medicina”, dentro de las Primeras Jornadas de la Asociación Catalana de Sociología, que representó un importante esfuerzo por la institucionalización de las relaciones entre las ciencias sociales y la medicina en España. También es el año de inicio de la puesta en práctica del programa “La salud para todos en el año 2000” de la OMS. En esos años se realizan diversos estudios sobre el sistema sanitario global y la profesión de medicina, comenzando a elaborarse un corpus específico de sociología en medicina. A pesar de ello los manuales de psiquiatría social son más bien escasos y los psiquiatras sociales aparecen dispersos destacando Benjamín González, José L. Vázquez Barquero, Agustín Ozamiz, Pedro E. Muñoz y José L. Montoya. Todos ellos formados no en España sino en Gran Bretaña o los Estados Unidos.

Sin embargo, a pesar de las reticencias hacia la introducción de las ciencias sociales en la psiquiatría clínica, la problemática actual derivada de la atención a inmigrantes ha provocado la aparición de estudios clínicos en los que se discute los problemas que plantea la diversidad étnica como, por ejemplo, las validez de las categorías diagnósticas, los síndromes culturalmente determinados y las dificultades en la comunicación clínica.



De todos modos, la mayoría de los psiquiatras afrontan la diversidad cultural principalmente como un obstáculo por superar para llegar a la enfermedad mental resultando casi siempre una cosificación de los factores socioculturales como variables ubicables en el árbol de decisiones de un protocolo

Aún así creemos que existe lugar para el optimismo. El siglo XXI comenzó haciéndose eco de esta nueva conceptualización de la psiquiatría, uniendo a la visión tradicional de la enfermedad mental como un fenómeno personal y a lo sumo familiar, concepciones más representativas del hombre como colectivo, obteniéndose una concepción del ser humano más global como parte de una red social, institucional y cultural.

7. CONCLUSIONES

La conceptualización de la enfermedad mental ha ido pareja al desarrollo histórico. La psiquiatría no puede desligarse de la sociedad. Inicialmente nuestra especialidad buscó afirmar su carácter científico desde una perspectiva más puramente biológica. Posteriormente surge el interés en los aspectos sociales que, de alguna manera, influyen y condicionan

la concepción y manifestación de las enfermedades mentales, lo que ha sido una constante en los últimos años, y que fue el responsable de una crisis de identidad dentro del movimiento psiquiátrico. Se elabora así una concepción de la enfermedad mental, tanto en los aspectos etiológicos, sintomatológicos como de prevención y tratamiento, desde un punto de vista biopsicosocial. Por lo tanto, creemos que es hoy inconcebible una oferta de servicios psiquiátricos que no esté atenta a la diversidad y la complejidad cultural subyacente en la demanda. También observamos en España un avance viendo como poco a poco, los psiquiatras se plantean aunque tímidamente, tanto desde la universidad como desde ámbitos clínicos, una reforma de los estudios de medicina, de postgrado y formación MIR, más abierta a variables culturales y sociales.

Desde un punto de vista más enfocado a la práctica clínica, recomendamos en una primera entrevista valorar el nivel socioeconómico, la red de apoyo social, el nivel de desarrollo psicossocial temprano y la cualidad del estrés familiar que el sujeto debe soportar, para recoger, aunque sea someramente, variables que creemos tendrán importancia a la hora de proporcionar un tratamiento más integrador.

↑ RECOMENDACIONES CLAVE

Es necesario tener en cuenta las condiciones sociales de los pacientes para una mejor explicación de la sintomatología y la planificación del tratamiento.

Evitemos caer en el reduccionismo biológico. El paradigma psicológico y social contribuyen en la obtención de una visión holística de las enfermedades mentales y de las personas que las sufren.

8. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Martí Tusquets JL. Psiquiatría social. Barcelona: Herder. 1982.

Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Ars Médica. 2005.

Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. 2ª ed. México: Fondo de cultura económica. 1976.

Bongers W, Olbrich T. Literatura, cultura, enfermedad. Buenos Aires: Paidós. 2006.

Mirowsky J, Ross CE. Social causes of psychological distress. New York: Aldine de Gruyter. 1989.

9. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Cockerham W. Sociology of mental disorder. 7ª ed. New Jersey: Prentice Hall. 2005.

Bhugra D, Leff JP. Principles of social psychiatry. Oxford: Blackwell Scientific Publications. 1993.

Álvaro JL, Torregrosa JR, Garrido Luque A. Influencias sociales y psicológicas en la salud mental. Madrid: Siglo XXI de España Editores S.A. 1992.

Olivos P. Historia de los hospitales diurnos. Rev Psiquiatría II 1985:23-7.

Campos J, de Miguel JM. Sociólogos de bata blanca y médicos con barba: relaciones entre las ciencias sociales y la medicina en España. Rev Esp Invest Sociol 1981;15:133-41.





9. EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA



Autoras: Ana Vilches Guerra y María Luisa Álvarez Rodríguez
Tutora: Cristina Peinado Fernández
Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Sevilla

CONCEPTOS ESENCIALES

Los métodos epidemiológicos generan nuevas ideas sobre las causas, el tratamiento y la prevención de los trastornos mentales.

En psiquiatría, la compleja interrelación de los factores implicados en el desarrollo de la patología mental y las particularidades para definir un caso suponen una dificultad añadida a los estudios epidemiológicos y un reto para clínicos e investigadores.

En los últimos años, estamos asistiendo a una irrenunciable vocación de la psiquiatría por avanzar en este área, aunque es necesario continuar impulsándola.

1. INTRODUCCIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS

La epidemiología en psiquiatría se define como un razonamiento y método de trabajo objetivo que tiene como principales funciones:

- Determinar la distribución de los trastornos mentales en la población.
- Estudiar los factores que determinan dicha distribución.
- Definir las medidas que puedan ayudar a prevenirlos.

Este trabajo requiere la colaboración de clínicos y de expertos en estadística y en salud pública. Los objetivos de la epidemiología son:

- Conocer todas las formas en que puede presentarse un trastorno y cuál es su curso clínico.
- Estimar la morbilidad en la población general.
- Determinar cambios en la incidencia a lo largo del tiempo, con la posibilidad de efectuar proyecciones para el futuro.

- Buscar pistas etiológicas.
- Aplicar los datos de población al riesgo individual, estimando la probabilidad de enfermar en cada sujeto.
- Delinear síndromes, examinando la distribución de los fenómenos clínicos a medida que ocurren en la población.
- Analizar y evaluar los servicios del momento y las necesidades y recursos disponibles, con el fin de administrarlos de forma eficiente.
- Diseñar programas de prevención como “servicio final” de la epidemiología

Constituyen actualmente un centro de interés prioritario en la investigación epidemiológica las enfermedades cardiovasculares, las neoplásicas, los accidentes y los trastornos mentales. El ingente peso social y económico que representa en las sociedades desarrolladas la morbilidad psiquiátrica hace que ésta sea hoy considerada uno de los principales problemas de salud pública. Los trastornos mentales más frecuentes son los trastornos de ansiedad, seguidos de los trastornos depresivos y el abuso de alcohol u otras



sustancias. Además, aproximadamente el 15% de los pacientes atendidos por un problema médico o quirúrgico presentan un trastorno emocional asociado.

La epidemiología psiquiátrica presenta particularidades y dificultades a la hora de definir qué es un caso psiquiátrico, en relación a:

- Cronicidad y recurrencia de los trastornos mentales.
- Etiología multifactorial.
- Estigma tradicionalmente asociado a la enfermedad mental.
- Caos nosológico en psiquiatría hasta hace pocos años.
- Diferencias en la accesibilidad de la población al tratamiento psiquiátrico.
- Peso de factores personales, sociales y culturales que condicionan la demanda y modulan la respuesta al tratamiento.

Existen diferencias en los modelos de investigación entre Europa y Estados Unidos, en cuya base están los diferentes sistemas de clasificación diagnóstica utilizados.

- En el área europea la epidemiología psiquiátrica ha estado siempre fundamentalmente vinculada a la clínica. Las entrevistas diagnósticas son semiestructuradas y exigen para su realización la valoración de la presencia de los síntomas por profesionales con experiencia clínica.
- En Estados Unidos la epidemiología psiquiátrica ha estado influida generalmente por un punto de vista más sociológico. Las entrevistas diagnósticas son altamente estructuradas y diseñadas para ser realizadas por personal lego.

2. ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN

2.1. NIVELES DE INVESTIGACIÓN

Según la población que utilicemos como fuente de datos para el estudio de la morbilidad, estos datos serán diferentes y reflejarán aspectos distintos de la realidad, tanto en su aspecto cuantitativo como cualitativo. Podemos optar por cinco niveles de fuentes de información, establecidos a medida que la población va pasando por diferentes filtros:

- Todas las personas de la población general que presentan síntomas psiquiátricos clínicamente significativos.
- Personas visitadas por estos síntomas por el médico de atención primaria.
- Personas detectadas por el médico de atención primaria.
- Pacientes que se remiten a los servicios de salud mental.
- Pacientes psiquiátricos ingresados.

No debemos olvidar que siempre existe en la comunidad una proporción importante de enfermos no declarados. Para investigar sobre la morbilidad real, deberíamos realizar estudios directos sobre la población general, lo que plantea importantes dificultades prácticas.

2.2. DISEÑO METODOLÓGICO

2.2.1. Epidemiología descriptiva

- Es el primer paso en la investigación epidemiológica, una primera aproximación al hecho de enfermar.
- Aporta datos cuantitativos y de la distribución de la morbilidad en la población.
- Es la base para la formulación de hipótesis de por qué existe una proporción más alta o más baja del trastorno en determinados grupos poblacionales.
- Son estudios observacionales de diseño transversal.
- No permiten establecer relaciones de causalidad.
- Permiten realizar una medida de prevalencia con fiabilidad suficiente.
- Fáciles de realizar y requieren poco tiempo para alcanzar resultados.

2.2.2. Epidemiología analítica

- Dirigidos a la comprobación o rechazo de hipótesis etiológica y a la búsqueda de factores ambientales con influencia significativa sobre la etiología, el pronóstico o la terapéutica de los trastornos psiquiátricos.

- Son estudios observacionales y longitudinales.
- Presentan dificultades prácticas importantes, que limitan la posibilidad de llevarlos a cabo.

2.2.3. Epidemiología experimental

- Manipulación de la población objeto de la investigación a través de una intervención de los investigadores.
- Generalmente son estudios de evaluación de intervenciones terapéuticas.
- Los más frecuentes son los ensayos clínicos aleatorizados.

2.3. PRINCIPIOS DE LA TOMA DE MUESTRAS

- En pocas ocasiones es posible examinar a toda la población, por lo que es necesaria la elección de una muestra poblacional.
- El principio esencial es que todos los individuos de la población a estudio tengan la misma probabilidad de ser incluidos en la muestra.
- La prevalencia hallada suele estar infravalorada. Los más proclives a presentar el trastorno mental que trata de investigarse pueden no formar parte de la muestra, abandonar precozmente o morir durante el estudio. Existen métodos para estimar el grado de error y cómo corregirlo.

2.4. FUENTES DE DATOS

Existen dos modos fundamentales para obtener datos para la investigación epidemiológica:

- Datos primarios: obtenidos a través del contacto directo del investigador con la población de estudio. En el campo de las enfermedades mentales, son los únicos que pueden considerarse fiables.
- Datos secundarios: se utiliza información de censos, registros, informantes clave y estadísticas ya publicadas. Las cifras de prevalencia referidas son muy inferiores a las obtenidas por un contacto directo con la población.

➔ 2.5. CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS

La consistencia en el diagnóstico se ha facilitado mucho por medio del desarrollo de los criterios diag-

nósticos que se emplean en todo el mundo. Aportan un lenguaje común, lo cual ha sido fundamental para el progreso de la investigación en psiquiatría.

- Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10). Tiene dos presentaciones que se complementan:
 - Descripción Clínica y Directrices Diagnósticas.
 - Criterios Diagnósticos de Investigación (CDI).
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV).

En las publicaciones científicas actuales es virtualmente obligatorio que los trastornos investigados sigan la clasificación de uno de los dos sistemas.

➔ 2.6. MEDICIÓN DE LOS SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS

Los instrumentos para la investigación epidemiológica son de dos tipos: cuestionarios y exámenes psiquiátricos.

2.6.1. Cuestionarios

- El tipo más simple consiste en una escala de síntomas, auto o heteroaplicada. Ejemplos de algunos muy utilizados son el Cuestionario de Salud General (GHQ), la Escala de Beck para la Depresión (BDI) o el Mini examen del Estado Mental (MMSE).
- Estos instrumentos pueden utilizarse de dos maneras.
 - Aplicando un punto de corte para identificar personas que tienen probabilidad de ser casos clínicamente significativos.
 - Empleando la puntuación como una variable continua.
- Cuando usamos cuestionarios, es preciso conocer sus propiedades psicométricas, y éstas suelen ser específicas para la población que se está estudiando. Dos propiedades importantes son la sensibilidad y la especificidad del instrumento.



2.6.2. Entrevistas psiquiátricas estandarizadas

- Incluso los cuestionarios mejor diseñados, con las mejores propiedades psicométricas, no pueden sustituir a la entrevista psiquiátrica.
- Para evitar las variaciones diagnósticas fruto de la entrevista psiquiátrica individualizada, nos valemos de las entrevistas estandarizadas, que se complementan de dos formas:
 - Las preguntas formuladas y las puntuaciones del comportamiento están predeterminadas.
 - Los signos y los síntomas obtenidos se colocan exactamente de la misma manera, tanto en el interior de los estudios como transversalmente a ellos, informatizando algoritmos que determinan si los síntomas y el comportamiento de la persona satisfacen los criterios diagnósticos.
- Dos tipos de exámenes psiquiátricos estandarizados:
 - Instrumentos que permiten algo de flexibilidad en la formulación de preguntas y emplear el buen juicio del médico al realizar una puntuación sobre la presencia o ausencia de cada síntoma.
 - Algunas de ellas requieren un entrenamiento formal en centros específicos.
 - Ejemplo: escala de Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN).
 - Instrumentos destinados a ser usados por entrevistadores no especializados, con preguntas invariables y que deben respetarse estrictamente.
 - Tienen a obtener índices de casos más elevados que los instrumentos anteriores.
 - Ejemplo: entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI).

↑ 2.7. CONSIDERACIONES ACERCA DE LA COMPLEJIDAD Y COMBINACIÓN DE LAS VARIABLES

En epidemiología psiquiátrica, cualquier variable empleada para explorar los factores sospechosos de contribuir al desarrollo de las enfermedades mentales, rara vez es específica de un ámbito concreto. A menudo se combinan factores biológicos, sociales y psicológicos. Por tanto, es importante tener

en cuenta que una variable no explora únicamente aquello en lo que uno está interesado. La confusión siempre está presente y con frecuencia es inesperada. Ejemplos:

- El género expresa diferencias biológicas, experiencias sociales pasadas y presentes y diferencias psicológicas o intrapersonales.
- El grupo de edad refleja un rol social, oportunidades educativas, estado civil y salud física.

2.7.1. Variables sociodemográficas

Cuando los datos sobre una muestra de población se dividen según edad, género, estado civil, origen étnico y nivel socioeconómico y educativo, el nivel medio de la morbilidad psiquiátrica puede diferir significativamente.

2.7.2. Entorno social

Puede considerarse en dos partes: inmediato (grupo primario) y comunidad.

Un buen ejemplo de confusión es que el apoyo social está influido probablemente por factores intrapersonales, en lugar de ser sólo un producto del ambiente. Los indicios sugieren que el apoyo social, despojado de factores que llevan a confusión, no constituye un factor importante de la etiología. Una cuestión distinta es si el apoyo social influye en el resultado de los trastornos psiquiátricos una vez hayan aparecido.

2.7.3. Variables experienciales

Todo aquello a lo que los individuos se ven expuestos desde la concepción hasta la muerte (exposiciones intrauterinas, perinatales, lactancia, infancia, experiencias sociales e interpersonales, abusos, sucesos traumáticos, exposición a la adversidad). Es difícil demostrar su influencia debido a la confusión con otros factores.

2.7.4. Variables de personalidad

Suele ser difícil evaluarlas, ya que muchas evaluaciones de la personalidad son demasiado extensas para utilizarlas en investigación.

Escala de evaluación de uso frecuente en investigación

Trastornos esquizofrénicos	<ul style="list-style-type: none"> – Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS). – Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS). – Escala de Agresividad Manifiesta (Overt Aggression Scale, OAS).
Trastornos afectivos	<ul style="list-style-type: none"> – Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS). – Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS). – Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI). – Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). – Escala de Young para la Evaluación de la Manía (Young Mania Rating Scale, YMRS).
Riesgo suicida	<ul style="list-style-type: none"> – Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS). – Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI). – Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS). – Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik (RV). – Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS).
Trastornos de ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> – Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS). – Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI). – Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS). – Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Y-BOCS). – Índice Global de Duke para el Trastorno de Estrés Postraumático (Duke Global Rating Scale for PTSD, DGRP).
Trastornos de personalidad	<ul style="list-style-type: none"> – Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (International Personality Disorder Examination, IPDE). – Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI). – Escala de Impulsividad de Barratt (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11).
Consumo de tóxicos	<ul style="list-style-type: none"> – Índice Europeo de Gravedad de la Adicción (EuropASI). – Cuestionario CAGE. – Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA).
Otros	<ul style="list-style-type: none"> – Cuestionario de Salud General (GHQ). – Escala de Acatisia de Barnes (Barnes Akathisia Rating Scale, BAS, BARS). – Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO/DAS). – Cuestionario de Habilidades Básicas de la Vida Diaria (Basic Everyday Living Schedule, BELS). – Escala de Funcionamiento Social (SFS, Birchwood). – Escala de Calidad de Vida (Quality of Life Scale, QLS).

2.7.5. Genética molecular

Se han llevado a cabo avances sin precedentes en este campo, ofreciendo la oportunidad de evaluar los genes en su interacción con una amplia gama de factores sociales y relativos a la experiencia. Se siguen dos estrategias complementarias:

- Búsqueda de genes asociados con enfermedades mentales.
- Búsqueda de genes no directamente relacionados con los trastornos, sino que les concedan vulnerabilidad.



RECOMENDACIONES CLAVE

Los estudios de epidemiología psiquiátrica se han incrementado en las últimas décadas. Destacamos las siguientes aplicaciones:

- Control de las enfermedades.
- Planificación y ejecución de medidas preventivas y de la acción terapéutica.
- Análisis de factores socio-culturales relacionados con la salud de la población.
- Estimación de la importancia económica de una enfermedad.
- Investigación etiológica y clínica de una enfermedad.
- Investigación sobre la eficacia de las medidas preventivas y terapéuticas.
- Comparaciones nacionales e internacionales de la distribución de la enfermedad.
- Conocimiento de la distribución de los trastornos y del uso de recursos con la finalidad de lograr una mejor distribución del gasto sanitario.

Es importante tener presente que el propósito principal de un buen servicio de salud es conocer las necesidades sanitarias de una población y proporcionar el mejor tratamiento posible según el estado actual del conocimiento médico y psiquiátrico. Para conseguir este objetivo es necesaria una evaluación epidemiológica de la demanda, de los servicios y de las intervenciones. Estos tres niveles y su interrelación son los ejes sobre los que se estructura un servicio de salud mental.

3. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Ars Médica. 2005.

Gelder MG, López-Ibor Jr. JJ, Andreasen N. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Ars Médica. 2003.

Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 6 ed. Barcelona: Masson. 2006.

Kaplan-Sadock. Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica. Barcelona: Waverly Hispánica. 2004.

Rebagliato M, Ruiz I, Arranz M. Metodología de investigación en epidemiología. Madrid: Díaz de Santos. 1996.

4. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Bobes García J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Barcelona: Ars Médica. 2008.

Burger H, Neeleman J. A glossary on psychiatric epidemiology. J Epidemiol Community Health 2007;61:185-9.

World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization. 1993.

Goldberg DP, Huxley PJ. Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care. Londres: Tavistock. 1980.

Morris JN. Uses of epidemiology. Baltimore, MD: Williams and Wilkins. 1964.



10. CULTURA Y ENFERMEDAD MENTAL



Autoras: Clara Peláez Fernández y Elena Serrano Drozdowskyj
Tutor: Luis Caballero Martínez
Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

CONCEPTOS ESENCIALES

COMPETENCIA CULTURAL: conocimientos mínimos sobre los aspectos étnicos y culturales de una población definida.

FORMULACIÓN CULTURAL: formulación de los casos psiquiátricos incluida en el DSM IV que trata de incorporar la dimensión cultural en la actuación clínica (diagnóstico y tratamiento).

1. INTRODUCCIÓN

Se entiende por cultura “el significado, los valores, y las normas de conducta que se aprenden y transmiten en una sociedad dominante y dentro de sus grupos sociales”. Tiende a asumirse que la cultura es un conjunto de códigos adaptativos que surgen de la interacción humana en el grupo, sin embargo, las culturas no son sistemas homeostáticos y, en ocasiones, crean circunstancias maladaptativas para grupos específicos e incluso para una sociedad al completo.

Los antropólogos han hecho hincapié en el alto nivel de variabilidad cultural que existe incluso en grupos pequeños; en ambientes urbanos, los individuos tienen un gran rango de opciones disponibles y pueden posicionarse a favor o en contra de identidades etno-culturales dadas. En el mundo moderno y sobre todo en los países industriales, están apareciendo nuevos grupos culturales con identidades múltiples o híbridas. Las implicaciones en la salud mental de estas nuevas formas de identidad han sido poco exploradas y representan un desafío para los psiquiatras.

Debe considerarse también la existencia de una subcultura en la biomedicina o en la psiquiatría occidental, es decir, de un sistema de conocimiento que

incluye normas de comportamiento y prácticas institucionales, que pueden ser familiares para los clínicos, pero confusas para los pacientes (tabla 1).

Tabla 1. Aspectos de salud influidos por fenómenos culturales

El concepto del cuerpo.
Aspectos dietéticos y nutricionales.
Género y reproducción.
Origen y manejo del dolor.
Afrontamiento del estrés.
Relación médico-paciente.
Reacción a los tratamientos farmacológicos.

Los estudios indican que la etiología, la clínica, la evolución y el tratamiento de los trastornos mentales están condicionados por variables culturales de un modo complejo que va más allá de las simples variaciones patoplásticas en la expresión del estrés y la conducta humana alterada. A pesar de ser conocido que los factores culturales y sociales son un determinante crítico del uso de los servicios de salud y de fuentes alternativas de ayuda, no suele hacerse un análisis cultural de los pacientes ni de su actividad



con ellos. Por otro lado, también los clínicos están inmersos, a su vez, en una cultura implícita, a menudo inexplorada y que determina su práctica.

Un estudio cuidadoso del contexto cultural de los problemas psiquiátricos debe formar parte central de cualquier evaluación clínica. Los elementos clave del encuentro clínico transcultural son: apertura, respeto y capacidad autocrítica. Por el contrario, la falta de conocimiento acerca de diferencias culturales relevantes, puede impedir el desarrollo de una alianza terapéutica y la negociación y el desarrollo de un tratamiento efectivo. En este capítulo se pretende sensibilizar sobre la importancia de estos factores, facilitar su comprensión, así como proporcionar herramientas que permitan su aplicación clínica.

2. DESARROLLO DE LA PSIQUIATRÍA CULTURAL

La psiquiatría cultural actual tiene sus antecedentes históricos en la psiquiatría comparativa, la etnopsiquiatría, la psiquiatría transcultural y la (nueva) psiquiatría transcultural.

La primera literatura enfatizaba los aspectos más exóticos de la sintomatología psiquiátrica o la cultura y dio lugar al concepto de "síndromes ligados a la cultura" que, aunque contemplaba la universalidad de los trastornos psiquiátricos, tendía a proporcionar la imagen de que los individuos de culturas no occidentales mostraban comportamientos no observados en la psiquiatría occidental que cobraban sentido cuando se contemplaban en su contexto cultural.

En un esfuerzo por incorporar la dimensión cultural a la actuación clínica, el DSM IV incluyó una Formulación Cultural de Casos Psiquiátricos, una herramienta que permite rescatar información cultural útil de impacto clínico que de otra manera no saldría a la luz. Recientemente se realizan propuestas para facilitar su empleo y difusión clínica.

3. COMPETENCIA Y SENSIBILIDAD CULTURAL

El crecimiento de la población inmigrante en España en los últimos años ha traído a los servicios psiquiátricos pacientes de grupos culturales muy distintos

de los habituales y plantea al psiquiatra el reto de adquirir conocimientos, habilidades y actitudes que le permitan darles la atención psiquiátrica apropiada.

Superar la barrera del idioma, obtener la información cultural imprescindible acerca de los pacientes, disponer de sensibilidad y empatía cultural en la práctica y afrontar con pericia ciertos dilemas diagnósticos y terapéuticos condicionados por la cultura, son capacidades clínicas mínimas hoy imprescindibles para el trabajo psiquiátrico en nuestro medio.

Para poder desarrollar esta labor se requieren unos conocimientos mínimos sobre los aspectos étnicos y culturales de las poblaciones inmigrantes, que constituyen la competencia cultural. Es necesario adquirir unas habilidades de entrevista (en distintos contextos étnicos y culturales, a familiares, y con intérprete o mediador cultural) y una actitud que permita entender cómo el medio cultural de los pacientes y de sus familias influye en el diagnóstico y en el curso de la enfermedad y desarrollar un plan de tratamiento que tenga en cuenta estos factores. Además, el clínico debería ser capaz de identificar y de manejar su propia trayectoria etnocultural para saber cómo es percibido por pacientes de culturas diferentes y cómo él mismo reacciona ante ellos.

4. FORMULACIÓN CULTURAL DE CASOS PSIQUIÁTRICOS

La formulación cultural incluida en el DSM IV-TR (APA, 2000), fue la aportación cultural más destacada al DSM IV y hoy sigue siendo la única formulación de caso clínico contemplada en dicha nosotaxia. Su utilización trata de identificar y organizar aspectos claves del paciente, minimizar los errores básicos de diagnóstico y tratamiento en función del contexto cultural, diferenciar la normalidad/anormalidad de los síntomas en contextos concretos y de los rasgos de personalidad patológicos, mejorar la adherencia psicofarmacológica y las posibilidades de intervención psicoterapéutica, detectar aspectos complejos de la transferencia y la contratransferencia, identificar elementos claves locales de la cultura psiquiátrica biomédica así como facilitar la comunicación cultural entre los clínicos, mediante la evaluación estandarizada.

Por todo ello, la formulación cultural resulta necesaria en la práctica clínica contemporánea y es, posible-

mente, un ingrediente imprescindible para que la psiquiatría pueda ser aceptada como una disciplina médica universal. La Formulación Cultural, consta de los siguientes apartados (tabla 2).

4.1. IDENTIDAD ETNOCULTURAL

Incluye los grupos de referencia étnica y cultural auto- o heteroasignados al paciente que determinan su experiencia y su identidad. Esta identidad con frecuencia es híbrida, puede ser situacional y varía en un mismo individuo en función del contexto social en el que se encuentre. La hibridación depende de diversos factores (tiempo de residencia, nivel económico y socioeducativo, etc.) con el posible resultado de identidades contextualizadas que se expresan preferentemente en ámbitos concretos.

El elemento central de la identidad es la lengua, que es el principal medio a través del cual se articula la experiencia. La religión, aunque frecuentemente olvidada en las exploraciones rutinarias, es otro elemento clave de la identidad. Se debe conocer el papel de la religión en la familia de origen, la motivación para comportamientos religiosos y las creencias específicas de los individuos y de las comunidades. La cultura diferencia y define los roles de género según el sexo biológico o las funciones reproductivas, aunque la mayoría de las distinciones tienen lugar en función

de creencias culturales específicas y de organización social que el clínico debe conocer. En estudios epidemiológicos se han observado importantes diferencias de género en los estilos de expresión emocional, en la experiencia de los síntomas y la búsqueda de ayuda. Por ejemplo las mujeres en EE.UU. tienden a presentar más síntomas somáticos, más distrés emocional y están más predispuestas a buscar ayuda por problemas interpersonales; también hay diferencias documentadas en los estilos de conversación, que tienen relevancia en la entrevista clínica.

4.2. LAS EXPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD Y LA BÚSQUDA DE AYUDA

Están determinadas por los distintos sistemas de conocimiento y tienen una fuerte determinación cultural. Los modelos explicativos abarcan la etiología, los procesos o mecanismos patológicos, el curso del trastorno, el tratamiento apropiado y la evolución esperable en un medio sociocultural determinado.

No todo este conocimiento está directamente relacionado con la experiencia personal, sino que depende del conocimiento cultural y las prácticas llevadas a cabo por otros. Entender los significados culturales de síntomas y comportamientos requiere a veces entrevistar a la familia del paciente, conocer el entorno y la comunidad de referencia. Es frecuente que los pa-

Tabla 2. Formulación cultural de casos psiquiátricos (DSM IV-TR) APA 1994

Identidad cultural	Grupo de referencia.
	Lengua.
	Factores culturales en el desarrollo.
	Implicación con la cultura de origen y con la cultura huésped.
Explicaciones culturales de la enfermedad	Idioma del distrés. Modelos locales de enfermedad.
	Sentido y severidad cultural de los síntomas.
	Causas percibidas y modelos explicativos locales.
	Experiencias y planes de ayuda.
Factores culturales relacionados con el ambiente psicosocial y niveles de funcionamiento	Estresantes sociales.
	Soporte social.
	Nivel de funcionamiento y discapacidad.
Elementos culturales en la relación médico-enfermo	
Evaluación cultural global	



cientes sólo posean un conocimiento fragmentado de las explicaciones tradicionales y que estén más o menos influenciados por ellas dependiendo del conocimiento, de actitud de la familia y de la disponibilidad de explicaciones alternativas (por ejemplo, las que el médico puede proporcionar). La identificación de la versión EMIC o endocultural de la enfermedad se puede hacer siguiendo los ítems de Kleinman (tabla 3).

Tabla 3. Preguntas clave para explorar la explicación cultural de la enfermedad por parte del individuo (versión EMIC o endocultural) (Kleinman 1988)

¿Cómo se llama la enfermedad?
¿Qué la produjo?
¿Por qué empezó así?
¿Cómo funciona?
¿Qué sucede en el cuerpo?
¿Cuál es el mejor tratamiento?
¿Cómo afecta a la vida diaria?
¿Qué es lo que más teme o le preocupa de la enfermedad?

4.3. EL AMBIENTE PSICOSOCIAL Y LOS NIVELES DE FUNCIONAMIENTO

Los factores culturales influyen sobre el ambiente psicosocial de dos maneras: determinan las condiciones de vida y al mismo tiempo proporcionan el sentido y las interpretaciones de la enfermedad. Para comprender el impacto que la enfermedad mental produce en el paciente y el significado que tiene para él, es necesario conocer las características de este ambiente y el funcionamiento familiar y social. Este ambiente condiciona el posicionamiento individual en términos de niveles de aculturación (tabla 4) o grado de adquisición de una nueva cultura (o aspectos de la misma), en ocasiones, a expensas de la propia.

Existen importantes variaciones culturales en la composición y funcionamiento de las familias: jerarquía, estructuras de poder, roles de edad y género, organización de actividades y rutinas, estilos de expresión de emociones y distrés y relación de la familia con la comunidad.

Los niveles de funcionamiento y discapacidad también deben ser valorados en función de las nociones

determinadas culturalmente de los roles y valores. Es importante reconocer que las prioridades del profesional pueden no ser los retos más importantes para el paciente y su familia.

El proceso de migración supone un cambio vital en muchos aspectos de la vida del individuo. El distrés de adaptación a este cambio depende de muchos factores, no sólo de los individuales. Por este motivo, es necesario en la evaluación de inmigrantes y refugiados explorar el impacto de la experiencia de la migración preguntando por el estilo de vida previo, el contexto y la vivencia durante la migración y del periodo postmigración así como el proceso de adaptación y aculturación a la sociedad. Se ha asociado el tipo de adaptación con el grado de distrés (tabla 4).

Tabla 4. Alternativas de adaptación del emigrante a la cultura mayoritaria anfitriona

Integración: el individuo se maneja de forma adaptada en ambas culturas.
Asimilación: se rechaza la cultura de origen. A veces es la expectativa de los países receptores.
Separación: se mantiene íntegramente la cultura de origen (guetos).
Marginalización: rechazan ambas. La patología psiquiátrica es máxima.

4.4. RELACIÓN ENTRE CLÍNICO Y PACIENTE

Todo clínico ha de ser capaz de identificar y controlar en modo suficiente su propia trayectoria etnocultural, cómo es percibido por pacientes de diferentes culturas (transferencia cultural) y cómo reacciona a ellos (contratransferencia cultural). Los roles de sanador, curandero y médico difieren en los distintos contextos culturales por lo que los pacientes suelen tener distintas expectativas de su relación con los profesionales, acerca de la duración, capacidad de divulgación, formalidad y competencia técnica. Estas expectativas necesitan ser exploradas para negociar y explicar los límites de los roles.

4.5. LA EVALUACIÓN CULTURAL GLOBAL

El objetivo de este epígrafe es integrar todos los elementos pertinentes del contexto cultural de los

pacientes, la identidad, la enfermedad y el contexto psicosocial para enriquecer y orientar el diagnóstico y el tratamiento, y presentar un modelo de enfermedad coherente y comprensible dentro de este contexto y aceptable, tanto para el individuo como para su entorno social.

Aunque la utilidad de la Formulación Cultural parece muy intuitiva y un número creciente de casos clínicos publicados parece indicarlo no se dispone aún de una forma suficientemente estandarizada de Formulación Cultural ni de estudios experimentales que muestren su eficiencia.

5. VIÑETA DE FORMULACIÓN CULTURAL DE UN CASO CLÍNICO

S es una mujer de 23 años, soltera, de origen marroquí, que ingresó en una unidad de agudos por alteraciones de conducta que comenzaron unas semanas antes, cuando fue a Marruecos para acordar su compromiso matrimonial. Estando allí, comenzó a gritar, a bailar, se lanzó desde un coche y amenazó a una tía suya. Había estado fumando 1-2 “porros”/ día durante los últimos 15 días. En urgencias presentaba sintomatología maniforme (desinhibición, ánimo elevado, distraibilidad, discurso desorganizado, acelerado y saltigrado, inquietud psicomotriz, sensación de energía y fuerzas excesivas e insomnio global de varios días).

En los antecedentes personales destacaba un ingreso en 2005 en Valencia (adonde se había ido a vivir con una pareja homosexual). Fue diagnosticada de episodio maniaco con síntomas psicóticos y consumo perjudicial de cannabis. Al alta no realizó seguimiento y su padre la llevó a un maestro coránico especializado (*Fquih*) que determinó que estaba “embrujada por algo que le había pasado en al infancia” y le recomendó llevar un amuleto con frases del Corán.

5.1. FORMULACIÓN DEL CASO

5.1.1. Identidad cultural

Española de 23 años, de origen marroquí (bereber), su lengua materna era el tarifi, pero hablaba español y árabe. Musulmana no practicante. Tenía una identidad de base híbrida (marroquí tradicional y española

laica), muy contextualizada y en la que se observaron cambios rápidos con elementos mimetizados de diversas subculturas juveniles españolas. Cuando estaba asintomática, predominaba una representación de sí misma religiosa, sociocéntrica, tradicional y modesta. En su interacción social la representación dominante era la asociada a un estilo de vida en el que predominan el éxito, el placer y la popularidad como en muchos colectivos juveniles españoles.

5.1.2. Modelo explicativo de la enfermedad

El modelo de enfermedad que operaba en el padre era el de encantamiento por su pareja homosexual (diablo o *chaitán*). En la paciente era el de la inducción por drogas y por la “fiesta”. Para su hermana, tenía un problema de personalidad “por cosas que le pasaron de pequeña” y abusaba de drogas. Los profesionales que la atendieron aportaron un modelo biomédico (predisposición biológica para los cuadros de manía junto con elementos desencadenantes de vulnerabilidad en su desarrollo (drogas, ¿trastorno de personalidad?, ¿TEPT?).

5.1.3. Factores culturales del ambiente

Algunas conductas de la paciente reflejaban conflictos culturales en el rol de género en sus dos identidades básicas. La reformulación compartida (del clínico con la paciente y su familia) del diagnóstico y la asociación de tratamiento a la posibilidad de llevar a cabo el matrimonio deseado por S, ofreció una oportunidad de reconducción de su conducta fuera del riesgo y fomentó el cumplimiento terapéutico.

5.1.4. Relación médico-paciente

Las peculiaridades culturales de la paciente generaban síntomas atípicos como los “planes maníacos de autocontención” que seguían un patrón musulmán o su personal punto de vista respecto a las drogas, dividiéndolas en “buenas, para pensar en la familia” o en “malas, para la fiesta” y la presencia de otros síntomas atípicos dificultaron el diagnóstico inicial de la paciente, probablemente influido también por las reacciones contratransferenciales de los diferentes médicos que la trataron. La ausencia de una relación terapéutica consolidada, que no se obtuvo hasta el último ingreso dificultó durante años su adherencia al tratamiento. La incorporación gradual de elementos



culturales a la evaluación y al tratamiento fue crucial en la construcción de una relación terapéutica con la paciente y su familia e hizo posible reformular su condición psiquiátrica y presentar sus causas de una nueva manera aceptada por todos y asociar los objetivos terapéuticos con el deseo suyo y de su familia de llevar a cabo su matrimonio.

6. LIMITACIONES DE LA FORMULACIÓN CULTURAL

La formulación cultural es muy útil desde la perspectiva clínica y terapéutica, pero presenta una serie de dificultades y limitaciones que limitan su difusión clínica:

La realización posterior a la historia clínica convencional produce una duplicación del trabajo y consume un tiempo que el clínico pocas veces dispone.

No existen instrumentos rápidos de evaluación aceptados por todos. Se han propuesto modelos de exploración semejantes a los de la entrevista psicodinámica o a la entrevista convencional adaptada.

No existe un nexo aceptado en las diferentes orientaciones psiquiátricas entre la formulación cultural y la formulación clínico-biológica tradicional.

El DSM-V enfrenta el reto de mejorar la actual formulación cultural buscando su quintaesencia de utilidad clínica para integrarla en la psiquiatría y demostrar experimentalmente su eficiencia y su efectividad.

7. TRABAJO CON INTÉRPRETES Y MEDIADORES CULTURALES

Este modelo asume que es posible la traducción total del mensaje en ambas direcciones. La presencia de un mediador intercultural puede incrementar la confianza tanto del clínico como del paciente, porque asegura que van a poder comunicarse entre sí. Idealmente los intérpretes médicos deben adoptar

un código ético, dominar el lenguaje médico, hablar en primera persona tanto al paciente como al clínico, alternativamente sin hacer interpretaciones propias ni omitir frases y convertir la triada paciente-intérprete-clínico en una diada. Se recomienda realizar una reunión previa a la sesión, para explicar al mediador intercultural los objetivos.

El clínico por su parte, debe entender la elección de alternativas realizada por el intérprete para apreciar las connotaciones de las palabras del paciente. Es preferible utilizar frases cortas, evitando el argot médico y dirigirse al paciente, lo que facilita la relación terapéutica.

La realidad es que el trabajo con intérpretes es complejo, ya que la mera presencia de otra persona evoca pensamientos, sentimientos y fantasías e inevitablemente hace que se establezca una triada que tiene su propia dinámica, que se complica con el bagaje etnocultural del intérprete y sus propias asunciones culturales. Supone un reto de adaptación para el clínico y los requisitos son mayores para los intérpretes de salud mental que para los de otras especialidades médicas o legales.

8. PSICOFARMACOLOGÍA CULTURAL

Esta disciplina estudia la variabilidad interindividual en la respuesta a los psicofármacos y los posibles efectos secundarios de éstos, debido tanto a características genéticas, como al uso concurrente de métodos tradicionales o dietas que interfieran con la eficacia del tratamiento, así como de los factores culturales que condicionan la adherencia terapéutica.

Existen variaciones atribuibles al grupo étnico que afectan a la farmacodinamia, aunque las diferencias más importantes son farmacocinéticas. La metabolización es la fase más afectada (p. ej. variaciones en grupos humanos del gen CYP, citocromo 2D6, citocromo P450). Estos factores podrían explicar la variabilidad de respuesta a mismas dosis de psicofármacos y condicionarían, por tanto, su prescripción.

RECOMENDACIONES CLAVE

Adquisición de competencia y sensibilidad cultural: conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes.

Evaluar los factores culturales propios y del paciente y su impacto en el caso a tratar.

Familiarizarse con la Formulación Cultural.

Las prioridades del profesional pueden no ser los retos más importantes para el paciente y su familia.

9. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Alarcón R. Psiquiatría cultural. En: Vallejo J y Leal C (eds.). Tratado de psiquiatría. Barcelona: Ars Médica. 2005:2244-58.

Caballero L, Lewis-Fernández R. Formulación y abordaje cultural de casos psiquiátricos. Ed. Luzán. 2008;1:11-34.

Collazos F, et al. Emigración y psicopatología. En: Vallejo J y Leal C (eds.). Tratado de psiquiatría. Barcelona: Ars Médica. 2005:2259-72.

Lewis-Fernández R. Cultural formulation of psychiatric diagnosis. *Cult Med Psychiatry* 1996;20:133-44.

Lim RF. Clinical manual of cultural psychiatry. Washington DC: American Psychiatric Publishing. 2006.

10. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Caballero L. DSM IV-TR Cultural formulation of psychiatric cases: two proposals from clinicians. *Transcult Psychiatry* 2009;46:502-23.

García Campayo J, Sanz Carrillo C. La salud mental de los inmigrantes: el Nuevo desafío. *Med Clin (Barc.)* 2002;118:187-91.

Group for the Advancement of Psychiatry Committee on Cultural Psychiatry. *Cultural Assessment in Clinical Practice*. Washington: American Psychiatric Publishing. 2002.

Hays PA. Addressing cultural complexities in practice. Washington: American Psychological Association. 2001.

Kleinman A. Rethinking psychiatry: From cultural category to personal experience. New York: Free Press. 1988.

Simons RC. The culture-bound syndromes. Dordrecht: Reidel. 1985.





11. LA PSIQUIATRÍA Y LA GESTIÓN CLÍNICA



Autoras: Lucía Pérez Cabeza y Zuria Alonso Ganuza
Tutor: Miguel Ángel González Torres
Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto. Bilbao

CONCEPTOS ESENCIALES

Gestión Clínica: conjunto de prácticas de gestión dirigidas a establecer el marco organizativo óptimo que permita asegurar la calidad de los servicios sanitarios para los pacientes, a través del desarrollo de buenas prácticas profesionales.

Gestión por procesos: generalización de la gestión de un proceso y se aplica a una organización en su conjunto.

Proceso: cualquier secuencia repetitiva de actividades que una o varias personas (en este caso todos los trabajadores en salud mental) desarrollan para hacer llegar una salida (en nuestro caso una intervención médica) a un destinatario (paciente y familia) a partir de unos recursos que se utilizan o bien se consumen.

1. INTRODUCCIÓN

Durante muchos años, la teoría de la organización se asociaba, casi de forma exclusiva, al sector de la empresa industrial. Posteriormente esta disciplina fue adquiriendo mayor aceptación, extendiéndose a todos los sectores empresariales y en general a todas las organizaciones, incluyendo por lo tanto a las organizaciones sanitarias.

A menudo se dice, que las organizaciones sanitarias, y muy particularmente la organización hospitalaria, son diferentes, son excepcionales. Independientemente de lo que puedan tener de cierto estas apreciaciones, la teoría de la organización constituye un cuerpo de conocimientos único, que es aplicable a todos los tipos de organización y por lo tanto, permite explicar la estructura y el funcionamiento del hospitalización como organización de personas. Sin duda una característica que marca el funcionamiento y la estructura de los hospitales, es la que se deriva de las peculiaridades de la profesión médica, y de otros

colectivos de profesionales sanitarios. A nivel de la organización en general, estas peculiaridades, son las propias de las burocracias profesionales, en las que el alto nivel de especialización requerido para el desempeño del trabajo no permite un control directo por parte de los directivos.

Los tres grandes modelos de la organización empresarial son:

2. MODELO CLÁSICO

En este modelo solo se consideraba la estructura formal de la organización formada por organigrama, reglas y procedimientos, así como la autoridad formal, ejercida a través de la supervisión directa. Para ello eran fundamentales la unidad de mando (un solo jefe para cada subordinado), la cadena de mando o línea que va desde el mando superior hasta el subordinado inferior pasando por todos los escalones intermedios, y la superficie de control o número de subordinados adscritos a determinado superior jerárquico.



Taylor como primer “organizador” formuló su teoría, actualmente *el taylorismo*, desarrollando los dos postulados básicos: el principio del *one best way*, que dice que para toda actividad existe una forma única óptima de actuar; y el concepto del *homo-economicus* como el hombre motivado exclusivamente por razones económicas, siendo el único objetivo maximizar los ingresos de la organización. Por tanto, el modelo se basa en la división del trabajo y la especialización de las funciones dirigidas por una única unidad de mando.

- Aspectos positivos del modelo: el factor humano se comporta como se había previsto, resulta útil cuando la función a ejecutar es simple y el entorno es estable y cuando se fabrica el mismo producto durante mucho tiempo.
- Aspectos negativos: la deshumanización y la dificultad de adaptación a los cambios.

3. MODELO DE RELACIONES HUMANAS

Surge en los años 40 en base a la necesidad emergente de una estructura informal en la organización. En este modelo se busca la participación, valora el papel motivador del responsable jerárquico y desarrolla la autorresponsabilidad. Se basa en los aspectos psicológicos del trabajador. Destaca Maslow y su teoría de las necesidades y motivaciones creando una escala jerárquica de las mismas. Inspirado en esta teoría Argyris propone analizar la estructura organizativa en base a una congruencia con las necesidades psicológicas de los miembros, sin embargo se termina por formular estrategias que permitan su modificación para adaptarlas al molde organizativo. En resumen, este modelo acaba siendo un modelo normativo que, a la hora de analizar la estructura organizativa, se ajusta mal a la realidad.

4. MODELO DEL MANAGEMENT

Este modelo nace ante el ‘boom’ económico de los años 60. En él se propone que la empresa es un sistema abierto que debe adaptarse a su entorno; se forma por un conjunto de subsistemas que deben ensamblarse coherentemente. La dirección se basa en los objetivos, es más importante el porqué se produce que el qué y cómo se produce. Se realiza una planificación estratégica, en la que el desarrollo

se debe planificar y el cambio se puede gestionar. También se buscan unas mejores condiciones de trabajo.

A finales de los años 90 y principios del siglo XXI surge la Gestión por Procesos (Business Process Management), una forma de organización diferente de la clásica organización funcional, y en el que prima la visión del cliente sobre las actividades de la organización. Los procesos así definidos, son gestionados de modo estructurado y sobre su mejora se basa la de la propia organización.

➔ 5. GESTIÓN SANITARIA

La gestión clínica se define como «el conjunto de prácticas de gestión dirigidas a establecer el marco organizativo óptimo que permita asegurar la calidad de los servicios sanitarios para los pacientes, a través del desarrollo de buenas prácticas profesionales».

Estas prácticas están fundamentadas en los principios de un buen gobierno:

Responsabilización social, transparencia, calidad de los servicios, satisfacción de las necesidades de los pacientes y generación y difusión del conocimiento y las buenas prácticas. Se requiere pues para un buen gobierno clínico la integración de las mejores prácticas clínicas con las mejores prácticas de gestión. Quiere esto decir que gestores y clínicos tienen que acercarse entre ambos para generar unas prestaciones de calidad a los pacientes. No se trata de que los clínicos se conviertan en gestores. Sin embargo, éstos deben ocuparse de gestionar responsablemente sus propios recursos y, por otro lado, asumir que forman parte de una organización, con unos objetivos estratégicos y unas finalidades operativas, a las que deben sumarse. Por el contrario, los gestores deben gestionar responsablemente las organizaciones de manera que se orienten para favorecer el ejercicio de las buenas prácticas clínicas. Para llegar a esta situación se requiere una modernización de nuestras organizaciones sanitarias, pero también de los profesionales incluidos en ellas. El reconocimiento del papel esencial que tienen los profesionales sanitarios (fundamentalmente los médicos) en la gestión sanitaria, debido a la autonomía que poseen a la hora de tomar decisiones con repercusiones económicas significativas (prescripción de medicamentos, uso de

tecnologías diagnósticas y presión para su adquisición), puso sobre la mesa desde mitad de los años ochenta del pasado siglo la necesidad de los servicios sanitarios de aumentar la responsabilidad de los mismos en la gestión, facultándoles (*empowerment*) para tomar un papel más activo.

6. LAS REFERENCIAS AMERICANAS

Por la propia naturaleza del sistema sanitario americano, cercano al extremo del «mercado» como se expuso anteriormente, la importancia otorgada en ese contexto al control de los gastos sanitarios ha estado siempre muy presente. Aunque el desarrollo de los fundamentos de la llamada Medicina Gestionada (Managed Care) se inició a mitad del pasado siglo en Estados Unidos, alcanzaron su mayor desarrollo a partir de los años ochenta.

Iggenhart definió la medicina gestionada como el sistema que integra la financiación y la provisión de servicios, lo que implica la utilización de determinados instrumentos:

- Contratos, con un conjunto de hospitales y médicos seleccionados que ofrecen asistencia sanitaria a los afiliados por una prima fija.
- Controles de calidad y utilización aceptados por los proveedores.
- Incentivos financieros a los pacientes para que utilicen determinados proveedores.
- Traslado de riesgo financiero a los médicos.

En definitiva, simplificando mucho el proceso, se establece una «cascada de relaciones contractuales» gobernadas por los mismos principios: el financiador (en ocasiones el estado, en otras ciertas entidades privadas) establece un acuerdo a través del correspondiente contrato con un proveedor de servicios (a menudo una aseguradora), que a su vez establece contratos correspondientes con los profesionales que realizarán la provisión de los servicios. Los contratos establecen determinadas cláusulas y objetivos de obligado cumplimiento en relación con el ajuste a un presupuesto inicial, así como a la consecución de determinados estándares (calidad, satisfacción, utilización de protocolos, volumen de pacientes atendidos, etc.). Los asegurados únicamente reciben los servicios establecidos en sus pólizas. La prórroga

sucesiva del contrato con los proveedores depende de su grado de cumplimiento. Del nivel de utilización de los servicios dependerá también la posibilidad de mantener el aseguramiento con esa entidad por parte del usuario.

7. LA GESTIÓN CLÍNICA EN LOS SISTEMAS SANITARIOS EUROPEOS

Las reformas sanitarias en Europa y América compartieron el enfoque citado sobre la gestión clínica aunque recibieran nombres diferentes según los países. Muir Gray, autor del texto clásico de Asistencia Sanitaria Basada en la Evidencia, identifica con gran claridad las tendencias evolutivas existentes en la gestión sanitaria en países occidentales; así a la preocupación por los costes en los años setenta derivados de la crisis del petróleo (hacer las cosas a un coste menor), le sucedió en los ochenta la época de la calidad (hacer correctamente las cosas), de la mano de la introducción de los principios de la gestión de la calidad total en los sectores industriales americanos. El éxito del concepto de la Medicina Basada en la Evidencia en los años noventa puso el énfasis en no hacer cualquier cosa, sino solamente aquellas cosas correctas y que han probado su utilidad.

Los modelos de gestión clínica han oscilado en estas dos últimas décadas entre esas tendencias citadas, en gran medida condicionados por la propia historia de cada sistema sanitario: en algunos casos el énfasis se puso en la «eficiencia» cuando no en el racionamiento de costes, mientras que en otros se colocó en la necesidad de mejorar la calidad. Aunque prácticamente todos los modelos de gestión clínica comparten objetivos ligados a la mayor eficiencia y a la mejor calidad, no adquieren un similar grado de importancia en todos los sistemas.

8. GESTIÓN POR PROCESOS

Es la generalización de la gestión de un proceso y se aplica a una organización en su conjunto. Una organización vista en su conjunto también «procesa». Entendemos como proceso a cualquier secuencia repetitiva de actividades que una o varias personas (en este caso todos los trabajadores en salud mental) desarrollan para hacer llegar una salida (en nuestro caso una intervención médica) a un destinatario



(paciente y familia) a partir de unos recursos que se utilizan o bien se consumen. El proceso tiene capacidad para transformar unas entradas en salidas. El proceso está constituido por actividades internas que deben ser coordinadas para lograr un resultado que el destinatario valore.

➡ La gestión por procesos constituye la base de los principales sistemas de calidad utilizados en la actualidad, se centra en los distintos aspectos de cada proceso: qué se hace (cuál es el proceso y quien es la persona o personas responsables), para quién (quiénes son los clientes externos o internos del proceso, es decir, sus destinatarios) y cómo deben ser los resultados del proceso (para adecuarse a las necesidades de los destinatarios).

Además se debe tener presente, que no todas las actividades que se realizan son procesos. Para determinar si una actividad realizada por una organización es un proceso o subproceso, debe cumplir los siguientes criterios: La actividad tiene una misión o propósito claro, contiene entradas y salidas (se pueden identificar los clientes, proveedores y producto final) y debe ser susceptible de descomponerse en operaciones o tareas. La actividad puede ser estabilizada mediante la aplicación de la metodología de gestión por procesos (tiempo, recursos, costes). Se puede asignar la responsabilidad del proceso a una persona debido a la organización menos jerarquizada y una disminución de la burocracia.

➡ La dirección gestiona su organización:

- Estableciendo y desarrollando tres conceptos principales: misión, visión y valores.
- La definición de misión está integrada por los siguientes elementos a los que se debe responder:
 - Quienes somos.
 - Cual es la razón de nuestra existencia (propriadamente la misión).
 - Con qué fin.
 - Para quién lo hacemos.
 - Cómo vamos a lograr esta misión.

El concepto de visión hace referencia al conjunto de afirmaciones que describen el tipo de organiza-

ción que se desea ser en un futuro y que, por tanto, condiciona la clase de entidad que se ha de ser en la actualidad.

Los valores, son los conceptos y expectativas que describen el comportamiento de las personas de la organización y determinan todas sus relaciones.

- Definiendo su red de procesos, y más específicamente los procesos clave y prioritarios.
- Estableciendo mecanismos de medición: indicadores.

Llamamos indicador a la medida de la actuación de una organización que se usara para evaluar la eficiencia, la eficacia y la calidad de una acción determinada (en la gestión referida a la psiquiatría serían indicadores; el porcentaje de ingresos de los pacientes atendidos en la urgencia, la estancia media en una unidad en concreto, etc.)

8.1. MEJORA DE UN PROCESO

➡ Los principales métodos para mejorar un proceso serán:

- Hacerlo ocurrir tal y como queremos que ocurra. Es decir, ensayar y errar hasta que el proceso cumpla nuestras propias expectativas.
- Mejorarlo una vez que lo hemos hecho ocurrir. Siempre habrá una posibilidad de mejora y la constante revisión de un proceso va a asegurar su calidad. Los pasos a seguir para introducir mejoras en un proceso son:
 - Planificar los objetivos de mejora para el mismo y la manera en que se van a alcanzar.
 - Ejecutar las actividades planificadas para la mejora del proceso.
 - Comprobar la efectividad de las actividades de mejora.
 - Actualizar la “nueva forma de hacer ocurrir el proceso” con las mejoras que hayan demostrado su efectividad.

➡ Son los destinatarios del proceso, los que en función de sus expectativas con relación al mismo, juzgarán la validez de lo que el proceso les hace llegar.

9. MODELOS DE GESTIÓN DE CALIDAD

La evolución de la asistencia sanitaria en España ha sido consecuencia del desarrollo socioeconómico, que ha supuesto un rápido adelanto de la tecnología biomédica y del conocimiento científico con el consiguiente aumento no solo del nivel de vida, sino de la esperanza de vida y de la calidad de las prestaciones y derechos de los pacientes.

La Real Academia Española define calidad como la “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie”.

El concepto de calidad engloba en sí mismo el papel de la misma en varios ámbitos:

- **Ámbito técnico:** hace referencia a dar una atención al paciente según los conocimientos científicos vigentes y las técnicas actuales de las que se pueda beneficiar.
- **Ámbito humano:** cuida las buenas relaciones entre los pacientes y la empresa.
- **Ámbito económico:** intenta minimizar costes tanto para el cliente como para la empresa.

El término de calidad es un término relativo, que implica la idea de mejora continua. Al mismo tiempo, el concepto implica comparar, para ello precisamos medir, y para medir necesitamos identificar qué es importante valorar, basándonos en hechos y datos, a los que denominamos evidencias. Todo ello sin olvidar que es el cliente quien realiza la comparación, puesto que la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes es uno de los objetivos básicos.

➡ Para gestionar la calidad de la asistencia sanitaria encontramos dos tipos de modelos: los de mejora continua, que incluyen los modelos de certificación y excelencia, y los basados en modelos de acreditación. Ambos se basan en la filosofía del “todo lo que hacemos se puede mejorar”. Para ello evalúan la forma en que la organización gestiona sus procesos, tanto a través del sistema de calidad empleado como mediante los resultados obtenidos.

9.1. CERTIFICACIÓN

➡ La certificación supone que alguien asegura que un tercero cumple una serie de normas de calidad.

Es una confirmación de que un proceso o actividad se sigue de forma rigurosa. En el caso de la certificación, la norma más extendida en nuestro país en el ámbito industrial y de servicios, es la ISO 9000. Su propósito es asegurar al cliente que va a recibir lo que él/ella especificó.

9.2. ACREDITACIÓN

Acreditación es el reconocimiento por una tercera parte autorizada de la competencia técnica de una entidad para la realización de una actividad determinada perfectamente definida. En última instancia, podría ser considerado, un procedimiento de verificación externo dirigido a evaluar el grado de cumplimiento de una serie de requisitos de calidad, previamente establecidos, por un órgano independiente, el cual, a la vista de los resultados obtenidos, emitirá finalmente el dictamen correspondiente.

➡ La acreditación como método de análisis se utiliza una vez establecido el grado de calidad que deben tener las prestaciones de un centro o unidad, para comprobar si cumple las características adecuadas para alcanzar los niveles especificados en cuanto a estructura física, equipos, organización, métodos y procedimientos, personal, etc.

9.3. MODELOS DE EXCELENCIA

Se entiende como gestión de calidad total una “estrategia de gestión de toda la empresa, a través de la cual se satisfacen las necesidades y expectativas de los clientes, de los empleados, de los accionistas y de la sociedad en general, por medio de la utilización eficiente y coordinada de todos los recursos de que dispone: personas, materiales, tecnologías, sistemas productivos, etc”. El desarrollo de la calidad total a escala internacional ha dado lugar a la aparición de varios modelos de excelencia en la gestión.

La incorporación de actividades relacionadas con la gestión de calidad en el sector sanitario es relativamente reciente. La importancia de la utilización de estos sistemas de gestión radica en que ayudan a afrontar el reto del funcionamiento de las organizaciones necesario para conjugar la provisión de servicios orientada a las necesidades y expectativas de los usuarios y a la corresponsabilidad de los clínicos en la gestión, superando el dilema entre profesión y



gestión para conseguir una mayor eficacia y resultados globales. Por ello, las últimas tendencias en este sector reconocen un especial interés sobre la puesta en marcha de sistemas de gestión basados en modelos de excelencia, de todos ellos, en nuestro entorno, el modelo más utilizado es el Modelo de la Fundación Europea para la Gestión de Calidad (European Foundation for Quality Management–EFQM).

La EFQM propone un modelo constituido por un conjunto de factores o criterios que interrelacionados entre sí definen a una organización teóricamente excelente, capaz de lograr y mantener los mejores resultados posibles.

↑ La aplicación de este modelo a una unidad clínica, servicio, área y en general cualquier organización sanitaria consiste en realizar una evaluación de los diferentes elementos que la integran (valores, modelo de gestión, procesos, resultados, etc.) y comparar los resultados con el referente teórico definido por la EFQM. Esta comparación permite, fundamentalmente, identificar los puntos fuertes y las áreas de mejora de la unidad que se evalúa y facilita una visión de su situación respecto a la excelencia sostenida definida por el modelo. Desde esta perspectiva el Modelo EFQM de Excelencia puede ser considerado como una herramienta de identificación de oportunidades de mejora, pero con la ventaja de que al utilizar un referente permite realizar una evaluación global, en profundidad y sistemática, sin descuidar ninguno de los aspectos importantes que pueden determinar la calidad de la organización. Además, la información suministrada por la evaluación resulta de gran ayuda para comprender y analizar los motivos de las deficiencias detectadas, promueve la identificación de soluciones creativas y facilita la puesta en marcha de acciones de mejora.

➡ El Modelo EFQM de Excelencia (figura 1) está compuesto por nueve criterios diferenciándose claramente dos partes: el grupo formado por los llamados “Agentes Facilitadores” que se refieren a lo que hace la organización y cómo lo hace, y el grupo de criterios “Resultados” que dan cuenta de los logros obtenidos por la organización respecto a todos los grupos de interés (clientes, trabajadores, sociedad) y en relación a los objetivos globales. La premisa establecida por el modelo explica cómo los agentes facilitadores son los determinantes de los resultados alcanzados.

A continuación describiremos brevemente el concepto de cada criterio:

- **Liderazgo.** Se refiere a la responsabilidad ineludible de los equipos directivos de ser los promotores de conducir la organización hacia la excelencia.
- **Política y estrategia.** Revisa en qué medida la misión, visión y valores de la organización, están fundamentadas en la información procedente de indicadores relevantes (rendimiento, investigación, creatividad y comparación con las mejores prácticas, etc.), así como en las necesidades y expectativas de clientes y otros grupos de interés.
- **Personas.** Considera la gestión de los recursos humanos de la organización y los planes que desarrolla para aprovechar el potencial de los profesionales. También estudia los sistemas de comunicación, reconocimiento y distribución de responsabilidades.
- **Recursos y alianzas.** Evalúa cómo gestiona la organización los recursos más importantes (financieros, materiales, tecnológicos, información).
- **Procesos.** Se refiere al diseño y gestión de los procesos implantados en la organización, su análisis y cómo se orientan a las necesidades y expectativas de los clientes.
- **Resultados relativos a los clientes.** Se refiere tanto a la percepción que los clientes tienen de la organización, medida a través de encuestas o contactos directos, como a los indicadores internos que contempla la organización para comprender su rendimiento y adecuarse a las necesidades de los clientes.
- **Resultados relativos al personal.** Se refiere a los mismos aspectos que el criterio anterior pero en referencia a los profesionales de la organización.
- **Resultados relativos a la sociedad.** Analiza los logros que la organización alcanza en la sociedad. Para ello considera la repercusión de la organización sobre el medioambiente, la economía, educación, bienestar, etc.
- **Resultados clave.** Evalúa los logros de la organización respecto al rendimiento planificado, tanto en lo que se refiere a objetivos financieros

como a los relativos a los procesos, recursos, tecnología, conocimiento e información.

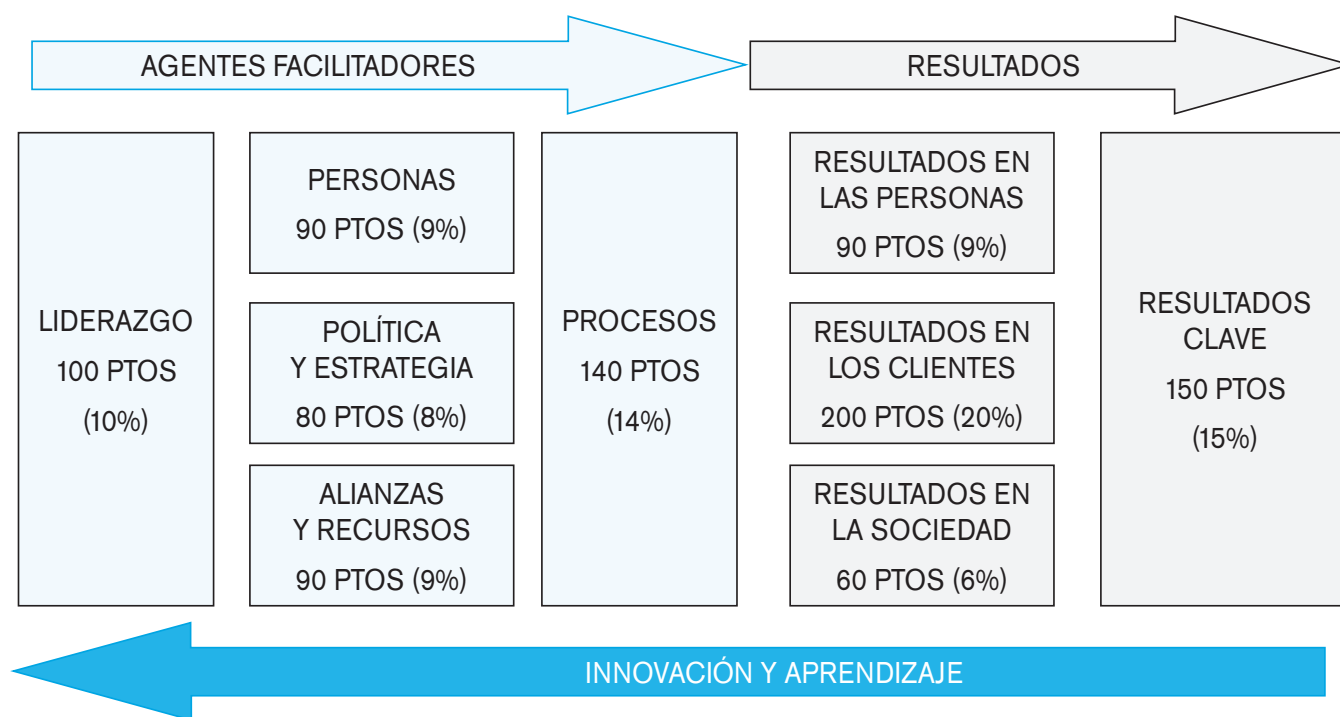
El hecho diferenciador que aporta la EFQM se debe a que fundamenta su estrategia en la autoevaluación. La autoevaluación se completa con una evaluación externa sólo en los casos en que la organización decida presentarse al Premio Europeo a la Calidad otorgado por la EFQM, en cuyo caso la organización deberá elaborar una memoria para ser valorada por un grupo de evaluadores externos.

La ventaja que aporta la utilización del modelo como instrumento de identificación de oportunidades

de mejora es que la autoevaluación que propone tiene un carácter sistemático, periódico y altamente estructurado, de forma que se revisan de una forma lógica y ordenada todos los aspectos críticos de una organización que pueden tener influencia en la calidad, representados por los 9 criterios en los que está estructurado el modelo.

La atención se dirige a la globalidad de la organización siendo más enriquecedora, realista y eficiente que los abordajes que se dirigen a aspectos concretos o parciales.

Figura 1. Modelo EFQM





RECOMENDACIONES CLAVE

Gestión por procesos.

Modelos de gestión:

- ISO 9000 (certificación).
- EFQM (excelencia).

10. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Asenjo MA, Bohigas LL, Trilla A, Prat A, Arbués MT, Ballesta AM, et al. Gestión diaria del hospital. Barcelona: Masson, S.A. 1998.

Audicana A, et al. Guía de gestión por procesos en las organizaciones sanitarias. Osakidetza/Servicio vasco de salud. 2004.

Beltrán J. Guía para una gestión basada en procesos. Fundación vasca para la calidad. 2003.

Carmona J, del Río Noriega F. Gestión clínica en salud mental. Madrid: Asociación española de neuropsiquiatría. 2009.

Hernández L, et al. Gestión clínica. Servicio central de publicaciones del gobierno vasco. 1997.

11. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Guimón J, Sartorius N. Manage or perish? Kluwer academic/plenum publishers. 1997.

Guimón J, de la Sota E, Sartorius N. La gestión de las intervenciones psiquiátricas. Universidad de Deusto. 2003.

White T. Gestión clínica. Barcelona: Masson S.A. 1997.



12. PROGRAMA, ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA DE LA FORMACIÓN EN PSIQUIATRÍA



Autores: **Olivia Orejas Pérez** y **Josep Martí Bonany**
Tutora: **Teresa Campillo Sanz**
Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López. Barcelona

CONCEPTOS ESENCIALES

Formación nuclear	R1	Atención primaria/ neurología/ medicina interna. Unidad de Hospitalización breve. Psiquiatría comunitaria.
	R2	Rehabilitación psiquiátrica. Interconsulta y psiquiatría de enlace.
	R3	Psiquiatría infantil y adolescencia. Alcoholismo y otras adicciones. Psicoterapia.
Formación específica	R4	Trayecto A: Psiquiatría infantil y de la adolescencia. Psicoterapias. Gerontopsiquiatría. Alcoholismo y otras adicciones.
		Trayecto B: Áreas propias de la formación nuclear. Áreas propias de la formación específica. Nuevas áreas.

1. INTRODUCCIÓN

La creación de la especialidad de psiquiatría en España se menciona por primera vez en la Real Orden de 1926. No es hasta 1955 que aparece la Ley de Especialidades de 20 de Julio en la que, por primera vez, se regula la formación médica en España. En ese momento la psiquiatría se diferencia de la neurología y se crean un total de 31 especialidades médicas. Tras muchos años de reivindicaciones para homogeneizar el sistema formativo de médicos especialistas, en el año 1978 se promulga el Real Decreto de 15 de Julio, con el que se inicia el sistema de formación para

Médicos Internos Residentes (MIR), y se crean hasta 51 especialidades. En este Real Decreto se crea la Comisión Nacional de la Especialidad y el Consejo Nacional de Especialidades, se elabora por primera vez un programa de formación en el que se fija el tiempo de duración en cuatro años y se establece la necesidad de acreditar adecuadamente los centros docentes. El MIR pasa a ser un profesional médico remunerado, con un contrato laboral en formación.

En el Real Decreto de 1984 se regula la formación médica especializada y la obtención del título de mé-



dico especialista. También se establece que en cada centro con unidades docentes acreditadas, debe existir una Comisión de Docencia, con el objetivo de organizar la formación, supervisar su aplicación práctica y controlar el cumplimiento de los objetivos previstos en los programas formativos. Además se forma un Comité de Evaluación encargado de evaluar anualmente al residente.

En comunicaciones recientes, el Ministerio de Sanidad y Política Social ha notificado la previsión de crear la nueva especialidad de Psiquiatría infantojuvenil. Aunque en el momento de elaboración de este capítulo del manual, no se dispone de mayor información, parece ser que las primeras plazas podrían ser convocadas en la convocatoria para especialistas correspondiente al período 2011-2012,

Las unidades docentes son acreditadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo según el procedimiento regulado en el artículo 26.3 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, con sujeción a los requisitos básicos de acreditación que, con carácter general, deben reunir los centros donde se ubiquen unidades docentes acreditadas, y a los requisitos específicos de acreditación aprobados con carácter general por los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia.

La unidad docente se define como el conjunto de recursos personales y materiales, pertenecientes a los dispositivos asistenciales, docentes, de investigación o de cualquier otro carácter que, con independencia de su titularidad, se consideren necesarios para impartir formación reglada en especialidades en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia, de acuerdo con lo establecido en los programas oficiales de las distintas especialidades.

En la Ley 14/1986 de 25 abril se ordena la transferencia de los servicios de salud a las Comunidades Autónomas, de forma paulatina y en relación los respectivos estatutos. Esta transferencia incluye la gestión de la formación de especialistas con una progresión en las competencias de forma heterogénea en todo el Estado. Las diferentes comunidades autónomas han de ser responsables de la gestión de plazas, acreditación de centros docentes y evaluación de los residentes. El Real Decreto 1146/2006 del 6 de octubre, ordena la relación laboral especial

de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. En ella consta la forma, contenido y eficacia del contrato, los derechos y deberes del residente, entre los cuales destaca realizar todo el programa de formación con dedicación a tiempo completo, la jornada laboral y descansos, la limitación a un máximo de 7 guardias al mes, así como las retribuciones y el régimen disciplinario al que debe acogerse el especialista en formación.

En 1995, Orden de 22 de junio, se regularizan las comisiones de docencia y los comités de evaluación de la formación médica especializada, aparece la figura del jefe de estudios y de los tutores de residentes. El jefe de estudios, presidente de la Comisión de Docencia, se encarga de la dirección y coordinación de las actividades desempeñadas por los tutores. Esta normativa se actualiza en el R. D. 183/2008 de 8 de febrero. Las principales funciones del tutor son las de planificar, gestionar, supervisar y evaluar todo el proceso de formación en el período de la especialidad, proponiendo, cuando proceda, medidas de mejora en la impartición del programa de la especialidad y favoreciendo el autoaprendizaje, la adquisición progresiva de responsabilidades y la capacidad investigadora del residente. A medida que se avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo decrece el nivel de supervisión, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de especialista.

El seguimiento y calificación del residente se lleva a cabo mediante un proceso de evaluación continua/formativa, que permita evaluar el progreso en el aprendizaje, medir la competencia adquirida en relación con los objetivos establecidos en el programa, identificar las áreas y competencias susceptibles de mejora y aportar sugerencias específicas para corregirlas. Son, entre otros, instrumentos de la evaluación formativa: 1) entrevistas periódicas de tutor y residente; de carácter estructurado y pactado, que favorezcan la autoevaluación y el autoaprendizaje; 2) instrumentos que permitan una valoración objetiva del progreso competencial del residente, según los objetivos del programa formativo y según el año de formación; evaluación de las rotaciones, presentaciones clínicas, publicaciones, etc; 3) el libro del residente como soporte operativo de la evaluación formativa.

El tutor, como responsable de la evaluación formativa, cumplimentará informes normalizados basados en los instrumentos anteriormente mencionados. Al final de cada período formativo se llevará a cabo la evaluación anual con la finalidad de calificar los conocimientos, habilidades y actitudes. El resultado de dicha evaluación anual puede ser positiva, cuando el residente ha alcanzado el nivel exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa, o bien negativa, cuando el residente no ha alcanzado el nivel mínimo exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año de que se trate. Las evaluaciones anuales negativas podrán ser recuperables. El informe anual debe contener informes de evaluación formativa, incluyendo los informes de las rotaciones, los resultados de otras valoraciones objetivas y la participación en cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas relacionados con el correspondiente programa. La evaluación anual se lleva a cabo por el comité de evaluación y sus resultados se trasladan a la comisión de docencia para que proceda a su publicación. Dicho comité está formado por el jefe de estudios, el presidente de la subcomisión, el tutor del residente, por un profesional que preste servicios en el centro con el título de especialista que corresponda y por uno de los vocales de la comisión de docencia designado por la comunidad autónoma.

Tras la evaluación del último año de residencia se procede a la evaluación final con objeto de verificar que el nivel de competencias adquirido le permite acceder al título de especialista. Cuando el resultado de esta evaluación sea negativo el residente podrá solicitar revisión ante la comisión nacional de la especialidad. En los últimos años se plantea la posibilidad de realización de un examen al final del período de formación, bien con carácter voluntario, bien de forma obligatoria como en otras especialidades médicas. El residente, además, debe disponer de la Guía del residente, realizada por la comisión de docencia de la unidad docente a la que pertenece. Allí puede encontrar el programa formativo detallado, con las distintas rotaciones y los objetivos de las mismas, además de la bibliografía recomendada a lo largo de todo el proceso formativo.

En el Real Decreto 138/2008 de 8 de febrero se definen un nuevo concepto: el de la unidad docente multiprofesional, formada por diversas especialida-

des que aunque tengan titulación universitaria distinta comparten campos asistenciales afines. En el caso concreto de las unidades docentes de salud mental, se forman médicos especialistas en psiquiatría, psicólogos especialistas en psicología clínica y enfermeros especialistas en enfermería de salud mental. Estas unidades docentes deben cumplir los requisitos de acreditación comunes y los específicos de las especialidades que se formen en las mismas. Cada especialidad tiene sus propios tutores que planifican la ejecución del correspondiente programa formativo.

2. PROGRAMA NUCLEAR DE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA

En septiembre de 2008 se publicó en el Boletín Oficial del Estado (BOE) número 224, en la Orden SCO/2616/2008, el nuevo programa formativo de la especialidad de psiquiatría que entra en vigor en 2009 y substituye al anterior, elaborado en 1996.

El programa tiene una duración de 4 años en los que el médico residente tiene que adquirir unos conocimientos comunes con otras especialidades en ciencias de la salud (iniciarse en el conocimiento de la metodología de la investigación, bioética, organización, gestión y legislación sanitaria, gestión clínica y psiquiatría legal y forense) y otros propios de psiquiatría. La formación propiamente en psiquiatría se divide en nuclear y específica. La formación nuclear, común para todos los residentes, se realiza durante los primeros 3 años en el servicio al que pertenece el MIR. Consta de programas transversales y otros de carácter longitudinal.

Durante el período formativo cabe diferenciar diferentes tipos de rotaciones en función del centro de realización. Se entiende por rotaciones sistemáticas aquellas realizadas por residentes de un mismo año en otro centro que el asignado, con la misma duración y objetivos de aprendizaje. Este tipo de rotaciones es posible gracias a acuerdos de colaboración entre centros de origen y de destino. Se considera rotación externa aquel período formativo autorizado por la correspondiente comunidad autónoma, que se lleva a cabo en centro o dispositivos no previstos en el programa de formación ni en la acreditación otorgada a la unidad docente (R. D. 183/2008 Art. 21)



Rotaciones externas en unidades o servicios del estado español acreditadas para la formación especializada. Autorizadas siempre que cumplan con los requisitos de indicar los objetivos de la rotación y que no superen los períodos máximos de tiempo señalados en el artículo 21 del RD 183/2008. En el caso de rotaciones externas en unidades o servicios de centros españoles no acreditados para la formación especializada deberá justificarse la razón de la rotación o cual es el valor añadido que se supone en relación a los servicios acreditados. En las rotaciones externas en centros extranjeros se valorará la pertinencia/coherencia de los objetivos de la rotación en relación al programa de la especialidad. En cualquiera de los supuestos la institución receptora debe evaluarlo al final de la rotación con iguales parámetros que en las rotaciones internas.

2.1. PROGRAMA TRANSVERSAL

El programa transversal se divide en las siguientes rotaciones:

- Rotaciones por atención primaria, neurología y medicina interna (4 meses).
- Rotación por unidad de hospitalización breve y urgencias psiquiátricas (8 meses).
- Rotación por psiquiatría comunitaria (apoyo atención primaria y centros de salud mental), (10 meses).
- Rotación por rehabilitación psiquiátrica (4 meses).
- Rotación por psiquiatría psicósomática y de enlace (4 meses).
- Rotación por psiquiatría infantil y de la adolescencia (4 meses).
- Alcoholismo y otras adicciones (2 meses).

2.2. PROGRAMA LONGITUDINAL

Programas longitudinales a impartir a lo largo de todo el período de residencia.

- Formación en ciencias básicas.
- Psicoterapia.
- Actividades científicas e investigadoras.
- Guardias.

Durante el período de formación del residente se distribuirá de forma longitudinal la adquisición de los conocimientos, habilidades y actitudes, todo ello dentro de una dinámica docente teórico-práctica y de participación activa bajo una adecuada supervisión. A esto respecto, el médico residente debe participar activamente en el desarrollo de sesiones clínicas, tomar parte activa en revisiones bibliográficas periódicas, presentaciones en reuniones y congresos científicos e incorporarse en una línea de investigación. Respecto a las guardias se aconseja realizar entre 4 y 6 guardias al mes en urgencias (durante el primer año) y en psiquiatría. Los principales objetivos son el manejo de situaciones conflictivas (auto y heteroagresividad, conducta pasiva, crisis psicósomática y familiar, etc) y evaluación de la urgencia psiquiátrica (criterios de ingreso y derivación). El residente de primer año estará supervisado por un psiquiatra de la unidad docente acreditada con presencia física. Dicha supervisión se irá graduando a medida que se avance en el período formativo, según el grado de autonomía seguido por el residente. La diferencia con el programa del 1996 es la obligatoriedad de la realización de un mínimo de 2 y un máximo de 6 guardias al mes, mientras que en el actual únicamente se aconseja entre 4 y 6 guardias mensuales.

3. PROGRAMA ESPECÍFICO DE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA

El período de formación específica en el último año de residencia incluye la posibilidad de elegir entre dos trayectos (A o B).

El trayecto A será elegido por el residente de cuarto año e incluye una formación específica durante los 12 meses en:

- Psiquiatría infantil y de la adolescencia.
- Psicoterapias.
- Alcoholismo y otras adicciones.
- Gerontopsiquiatría.

El trayecto B será de "libre configuración" diseñado por el tutor según aptitudes, actitudes y orientación de cada residente. Las rotaciones serán no inferiores a 2 meses ni superiores a 6 meses en algunas de las siguientes áreas:

- Áreas propias de la formación específica: psiquiatría infantil y de la adolescencia, psicoterapias, alcoholismo y otras adicciones, gerontopsiquiatría.
- Áreas propias de la formación nuclear: psiquiatría comunitaria, hospitalización psiquiátrica, rehabilitación psiquiátrica, psiquiatría de enlace.
- Nuevas áreas: hospitalización parcial, psicodinámica, neurociencias, neuroimagen, psiquiatría legal, epidemiología psiquiátrica, gestión psiquiátrica, psicodiagnóstico, investigación, genética, prevención, psiquiatría transcultural... no pudiendo totalizar más de 6 meses.

Los trayectos deberán adaptarse a la “oferta específica” del servicio y sus “unidades asociadas” si las tuviere, así como a las de aceptación en otros servicios o unidades acreditadas si fuere el caso.

4. FORMACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA EN EL EXTRANJERO

La formación médica postgraduada requiere de estandarización en todos los países europeos que permita garantizar unos criterios mínimos en cuanto al nivel de competencia exigible tras el periodo de formación que permita una alta calidad asistencial a los usuarios. En general el procedimiento de admisión es una prueba pública abierta competitiva, con leves variaciones en algunos países, que puede incluir valoración de currículum vital o entrevista personal. En Italia, Francia, España y Portugal la formación especializada depende de un examen de entrada. Ello es debido, en parte, a dificultades organizativas. Estos países históricamente han tenido un exceso de médicos graduados discordes con el número de plazas en formación especializada. Para solucionarlo y siguiendo en parte el modelo norteamericano, se han establecido exámenes-oposición como el MIR español o el “*Internat*” francés para el acceso a la formación de la especialidad. En el caso de Reino Unido, Suecia y Canadá el acceso es mediante entrevista. En la mayoría de países la duración de la formación es de 4 años como por ejemplo Estados Unidos, Portugal, Francia, Italia entre otros. Son excepción Suecia, Canadá y Noruega con 5 años y con más de 6 años países como Reino Unido, Alemania, Irlanda, Austria y Suiza. En España no se

realiza prueba final para superar la residencia igual que otros países como Francia, Suecia, Holanda, Austria o Dinamarca; mientras que en Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Italia y Australia si que exigen un examen final.

5. LIMITACIONES

La psiquiatría está formada por varias corrientes (biológica, dinámica, cognitivo-conductual, entre otras). A pesar del intento de homogeneizar el programa formativo para todos los residentes de España, es posible que en la unidad docente donde el residente realice su formación, alguna corriente predomine sobre las demás no consiguiéndose la homogeneización deseada. Por otro lado, la posibilidad que ofrece el nuevo programa de realizar una formación específica durante el último año de residencia, mejora la subespecialización, pero restringe la formación del residente en otras áreas. Además no hay que olvidar la actividad asistencial que desempeña de forma necesaria el residente en la unidad docente a la que pertenece. Por este motivo el periodo formativo del último año se puede ver modificado por necesidades asistenciales del centro.

La comisión nacional de la especialidad, ha encargado a un grupo de expertos que desarrolle un programa detallado que permita cumplir y evaluar las competencias en psicoterapia de los futuros psiquiatras. En algunos estudios al respecto, se objetiva un déficit general y una gran variabilidad de la formación a lo largo del mundo. Como ejemplo, en EE.UU. el currículum exige la formación en seis competencias principales (habilidades clínicas, habilidades interpersonales y de comunicación, conocimientos médico, aprendizaje basado en la práctica, profesionalismo y práctica basada en los sistemas y en cinco competencias en psicoterapia (cognitiva, combinada, dinámica, breve y de apoyo). En el último programa de la comisión nacional, se da mayor importancia a la formación en psicoterapia, siendo además una de las posibilidades a elegir de formación específica. En España existen pocos centros acreditados donde se pueda realizar una formación psicoterapéutica reglada que pueda cubrir el número de residentes de cada generación interesados en dicha opción.



↑ RECOMENDACIONES CLAVE

Orden de 22 de junio de 1995.

R. D. 1146/2006 del 6 de octubre.

Orden 2616/2008 de septiembre.

R. D. 183/2008 de 8 de febrero.

6. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Busse D, Tort Herrando V, Martínez Raga J, Formación en psiquiatría en el extranjero: Diferencias en los sistemas formativos en psiquiatría. I Congreso Virtual de Psiquiatría. 1 febrero-15 marzo 2000. Conferencia 27-CI-H. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa27/conferencias/27_ci_h.htm

Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría: Psiquiatría. Separata de la Guía de formación de especialistas. Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Cultura. 1996: 526-38.

López de la Osa González E. Los modelos de formación del especialista en Europa. En: Cabero Roura L (dir.). Manual para tutores de MIR. Madrid: Panamericana. 2007:17-21.

Orden SCO/2616/2008. Boletín Oficial del Estado, 224, 16 septiembre 2008. 37916-37921. RD 183/2008 de 8 de febrero.

7. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Pujol Farriols R, Vilardell Tarrés M. El futuro de la formación médica especializada. En: Cabero Roura L (dir.). Manual para tutores de MIR. Madrid: Panamericana. 2007:331-5.

Zisook S, Balon R, Björkstén KS, Everall I, Dunn L, Ganadjian K, et al. Psychiatry residency training around the world. *Acad Psychiatry* 2007;31:309-25.

Chouza JM, Guimón J. Controversias sobre la formación en psicoterapia de los residentes en psiquiatría. *Avances en salud mental relacional* 2009;8. RD 1146/2006 de 6 de octubre.



13. LA TUTORÍA Y LA FORMACIÓN EN PSIQUIATRÍA. PROBLEMAS PRÁCTICOS FRECUENTES



Autores: José Antonio Blanco Garrote, Isabel López Saracho y Daniel Gómez Pizarro

Tutores: José Antonio Blanco Garrote y Juan José Madrigal Galicia

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid

CONCEPTOS ESENCIALES

El curriculum oculto es ese mensaje indeleble, a menudo no verbal, que la persona recibe de un evento o una nueva experiencia.

La competencia profesional incluye dimensiones cognitivas, técnicas, integrativas, contextuales, relacionales, afectivas, morales y de hábitos mentales.

Las primeras rotaciones de los residentes tendrán una influencia decisiva en sus actitudes posteriores y en proceso del aprendizaje.

La función docente es una obligación y un compromiso al mismo nivel de responsabilidad que la función asistencial.

1. INTRODUCCIÓN

Muchos son los aspectos que pueden abordarse desde este enunciado, tantos como experiencias docentes individuales puedan desarrollarse, siempre cambiantes y en el contexto de una sociedad que evoluciona, y como no, también el modelo de médico en formación y su relación con los individuos a los que presta sus servicios. Sería por tanto imposible ser exhaustivo en este tema y el lector tendrá que disculpar que en la elección se olviden algunos problemas que personalmente pueden considerarse importantes o frecuentes y dignos de mención.

Una forma de plantear la cuestión que nos ocupa sería la de recurrir a encuestas o estudios periódicos que identificasen las consabidas debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades del proceso formativo tanto por parte de los residentes como de los tutores. Este tipo de estudios son escasos en nuestro medio y no permiten extraer conclusiones consistentes. A modo de ejemplo, un estudio de Pérez Prieto publicado en 1998 acerca de la formación

en psiquiatría en España ponía de manifiesto que en general el programa de la especialidad no se llevaba a cabo correctamente. Por su parte los tutores, según el estudio realizado por Morán en 2005, opinan que la organización de sus tareas asistenciales es inadecuada para ejercer adecuadamente sus responsabilidades como tutor y no disponen de tiempo protegido, que carecen de formación específica en metodología docente, encuentran dificultades para la colaboración del resto del *staff* y necesitarían un cierto reconocimiento, compensaciones o incentivos por su labor. Otra encuesta publicada también en 2005 por la Asociación de Residentes de Psiquiatría de Cataluña mostró que la mitad de los residentes estaban poco o nada satisfechos con la tutorización que recibían, con una relación inversamente proporcional entre el año de residencia y el nivel de satisfacción. Ciertamente éstos son algunos problemas importantes que será preciso resolver, aunque su solución no depende únicamente del buen hacer y la voluntad de tutores y residentes, al igual que el complejo proceso de gestión que supone integrar y coordinar las tareas asistenciales y docentes. Muchas veces los



residentes tienen la percepción de que se les utiliza como mano de obra barata, y no les falta razón. No es muy motivador comprobar que apenas se dedica tiempo a la labor de tutoría individual y se exige a cambio la prestación de servicios asistenciales al mismo nivel que el resto del *staff*. Otros problemas tales como la carencia aún de un proceso de evaluación apropiado, el desigual desarrollo de los planes formativos de la especialidad entre unidades docentes y las diferencias de recursos asistenciales, docentes e investigadores suponen un reto para la calidad global del sistema de formación MIR. Estas cuestiones tampoco serán objeto de interés en este breve capítulo. El Real Decreto 183/2008 de formación sanitaria especializada supone un avance meritorio, aunque la experiencia dicta que los cambios en las organizaciones exigen un esfuerzo continuado, gran motivación y recursos específicos que no siempre están disponibles y dependerán en gran parte de las prioridades del momento y de la evolución de un sistema tan complejo como el del sector sanitario.

Existen en general, diferencias en las opiniones, percepción, expectativas y problemas prioritarios del sistema formativo entre tutores y residentes. Muchas veces el proceso de comunicación no es el más adecuado y ambas partes realizan un enfoque demasiado parcial y transversal de los conflictos y problemas, no exento de gran subjetividad. Nos gustaría abordar aquí algunas cuestiones del proceso docente que puedan servir como marco de reflexión para prevenir y resolver estos conflictos y problemas.

2. EL CURRÍCULUM OCULTO

La experiencia educativa puede ser dividida en tres facetas o componentes: la estructura física, los conocimientos fundamentales o currículum tradicional y el currículum oculto. Es la integración de estos tres componentes lo que garantiza el éxito educativo. La estructura física está constituida por el tiempo, el espacio y los recursos que permiten la oportunidad del aprendizaje. Los conocimientos fundamentales de la especialidad constituyen el currículum tradicional. Esta es la parte del proceso educativo en la que se tiende a centrar la atención, dando por sentado que existe una estructura física adecuada e ignorando el currículum oculto. Sin embargo, esta última faceta es probablemente la más importante a la hora de formar especialistas.

El currículum oculto es ese mensaje indeleble, a menudo no verbal, que la persona recibe de un evento o una nueva experiencia. Es la esencia de lo que uno recuerda después de que la fuente sea olvidada, la experiencia personal que acompaña al proceso educativo y que se integra de forma autónoma en nuestro bagaje de conocimientos e influirá notablemente en nuestro comportamiento y quehacer profesional. El problema es que como docentes podemos enseñar cosas que no pretendemos enseñar y como discentes podemos aprender aquello que no debemos aprender.

Los expertos han apuntado que la primera rotación de los residentes tendrá una influencia desproporcionada sobre sus actitudes posteriores. Esta cuestión debe ser tenida en cuenta a la hora de planificar las rotaciones siendo conscientes de que existirá además un conocimiento implícito que se adquiere a través de la experiencia relacional entre residente y tutor. En cualquier labor pedagógica es fundamental crear un clima que favorezca el aprendizaje y eliminar los obstáculos que impidan que la labor docente pueda llevarse a cabo. Un equipo equilibrado y coordinado, con unas relaciones personales óptimas entre sus miembros facilitará la labor docente.

El mensaje docente que puede transmitir un equipo dependerá de la calidad, competencia e interrelación entre cada uno de sus miembros; todos ellos son una parte importante del proceso educativo. La forma en que intercambiamos la información con nuestros colegas clínicos, el lenguaje que usamos, nuestra honestidad profesional y el respeto por los demás son elementos muy importantes en el contexto educativo. Cuando un jefe, un tutor o cualquier otro miembro del *staff* reserva un tiempo específico para poder dialogar con los residentes acerca de sus preocupaciones, se está enviando también un mensaje y el residente entenderá que lo consideramos importante y nos preocupa su formación.

El currículum convencional y el currículum oculto deben ser concordantes. No puede predicarse una determinada máxima y hacer todo lo contrario. Si de verdad nos preocupa el bienestar de los pacientes por ejemplo, debemos encontrar tiempo para escuchar sus problemas. Este aprendizaje por modelado influenciará la adquisición por parte de los residentes de valores específicos.

El aprendizaje de la psiquiatría basada en la evidencia o en pruebas exige también una adecuada integración del currículum tradicional y oculto. El currículum oculto puede dificultar este proceso formativo. Por ejemplo la jerarquía intrínseca de un servicio asistencial puede dificultar que los residentes cuestionen las decisiones clínicas de tutores o miembros del *staff*. Cuando se hacen referencias a autores, libros o publicaciones se pueden establecer como argumentos de autoridad sin haber evaluado de forma crítica su validez y relevancia. Es frecuente también que se presenten como certezas algunas evidencias dudosas o incompletas al no haber evaluado o estudiado datos y resultados.

Gran parte del éxito del proceso educativo se basa en promover un currículum oculto de calidad. Esta cuestión es posible en función del ejemplo que proporciona cada uno de los miembros del *staff* y de los residentes más antiguos que van a influir notablemente en la formación de los nuevos residentes. Son las personas las que construyen el currículum oculto. Lo que enseñamos es un reflejo de nuestras actitudes, nuestros prejuicios, nuestras carencias, nuestras frustraciones, nuestros hábitos, etc. Debemos reflexionar acerca de todos estos aspectos si formamos parte del proceso educativo ya que nuestro ejemplo constituye ese currículum oculto que será recordado incluso cuando muchos de los conocimientos hayan sido olvidados.

3. EL EQUILIBRIO DEL PROCESO FORMATIVO

La historia de la psiquiatría es rica en ejemplos de cambios doctrinales, planteamientos contradictorios, simplificaciones, y complejidades. La experiencia nos va mostrando la provisionalidad de muchas de las modas y soluciones, aparentemente novedosas, que pretenden resolver los grandes interrogantes de la práctica de nuestra especialidad. El tutor debe ser capaz de discriminar qué cambios e influencias se deben apoyar y cuáles es mejor descartar, qué contenidos merece la pena incluir en el currículum. Estas cuestiones deben ser sometidas a un continuo debate y reflexión tanto con el resto de miembros del *staff* como con los propios residentes. El desarrollo de un pensamiento crítico es uno de los mejores métodos para aprender a filtrar el exceso de información al que por lo general nos encontramos sometidos.

Estamos asistiendo por ejemplo a un desarrollo espectacular de la neurociencia tanto desde la vertiente de la neuroimagen como de la biología molecular y de la genética. Sin embargo, gran parte de la investigación clínica y preclínica carece de relevancia para la práctica psiquiátrica en la actualidad y es posible que también en el futuro. No queremos decir que no se deba estimular desde el punto de vista docente este tipo de investigación en neurociencias, muy al contrario, pero es importante establecer prioridades y tener en cuenta que estamos formando profesionales competentes y no científicos académicos.

El nuevo programa formativo de la especialidad de psiquiatría publicado en 2008 concede una especial relevancia a la formación en psicoterapia. Creemos que este es uno de los aspectos tradicionalmente relegados en los programas de formación de muchas unidades docentes. Las razones pueden ser múltiples: el auge y atractivo de la mal denominada psiquiatría biológica y la decadencia del psicoanálisis, la dificultad de muchas de las técnicas psicoterapéuticas para demostrar su eficacia, la diversidad de escuelas y modalidades, el abandono por parte de los psiquiatras de este campo a favor de otros profesionales, etc. A nuestro entender la formación específica en psicoterapias es necesaria. Según Glen Gabbard no existe ninguna psiquiatría apartada de los principios psicoterapéuticos. ¿Cómo será posible obtener un óptimo cumplimiento terapéutico de un tratamiento psicofarmacológico sin comprender los principios psicoterapéuticos?. ¿Se puede tratar de manera experta a un paciente suicida sin entender la contratransferencia?. En muchos estudios se ha comprobado que el tratamiento combinado psicoterapéutico y psicofarmacológico proporciona mejores resultados que cada modalidad por separado. Gabbard publicó en 2005 un artículo titulado "Cómo no enseñar psicoterapia". Entre otros aspectos intenta poner de manifiesto el error de realizar dicotomías artificiales entre problemas biológicos y psicosociales o paradigmas ya superados como mente y cerebro. No se debe enseñar psicoterapia como una forma de pensamiento aislada de la psiquiatría o con reglas éticas específicas y diferentes de las de la práctica clínica, ni se deben usar argumentos para devaluar otros enfoques psicoterapéuticos distintos de los de uno mismo utiliza. No se puede enseñar psicoterapia como disciplina que exige una absoluta pureza teórica en vez de un eclecticismo creativo o asignar



por definición a otro profesional no psiquiatra la formación de los residentes en psicoterapias. No se debe ignorar la investigación en psicoterapias en la formación del residente en psiquiatría o por el contrario conceder la cualidad de certeza absoluta a las terapias basadas en la evidencia o en pruebas. Creemos que la formación del residente en estas disciplinas debe ser ecléctica, sin perjuicio que una vez acabada la especialidad profundice y amplíe sus conocimientos y experiencia.

Ronald Epstein y el psiquiatra Edward Hundert publicaron un influyente artículo en el JAMA en el año 2002 acerca de la definición y la evaluación de la competencia profesional. Definen la competencia profesional como el uso habitual y juicioso de la comunicación, el conocimiento, las habilidades técnicas, el razonamiento clínico, las emociones, los valores y la reflexión en la práctica diaria en beneficio del individuo y de la comunidad a la que presta sus servicios. La competencia incluye dimensiones

cognitivas, técnicas, integrativas, contextuales, relacionales, afectivas, morales y relacionadas con los hábitos mentales. Estas dimensiones se enumeran en la tabla 1 y pueden ser útiles para el diseño de procesos de evaluación.

Como tutores debemos prestar especial atención a la adquisición por parte de los residentes de estas competencias, teniendo en cuenta que la competencia profesional es más que la suma de competencias aisladas. Un clínico competente posee la capacidad integrativa para pensar, sentir y actuar como un profesional médico. Debemos formar especialistas capaces de gestionar adecuadamente problemas ambiguos, tolerar la incertidumbre y tomar decisiones correctas con una información limitada. Es fundamental promover el desarrollo de hábitos que estimulen la atención, la curiosidad, el autococonocimiento y la voluntad de reconocer y corregir los errores, y que éstos supongan una oportunidad para el aprendizaje.

Tabla 1. Dimensiones de la competencia profesional (modificado de Epstein RM, Hundert EM, 2002)

<p>Cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none">• Conocimiento básico.• Habilidades de comunicación básicas.• Manejo de la información.• Aplicación del conocimiento a la práctica.• Uso de la experiencia personal.• Resolución de problemas abstractos.• Adquisición autónoma de nuevo conocimiento.• Generación de interrogantes.• Uso adecuado de recursos.• Aprendizaje desde la experiencia.	<p>Contextuales</p> <ul style="list-style-type: none">• Entorno clínico.• Manejo del tiempo.
<p>Técnicas</p> <ul style="list-style-type: none">• Habilidades en la entrevista y en la exploración física y psicopatológica.	<p>Relacionales</p> <ul style="list-style-type: none">• Habilidades de comunicación.• Resolución de conflictos.• Trabajo en equipo.• Capacidad docente.
<p>Integrativas</p> <ul style="list-style-type: none">• Integración de juicio clínico, científico y humanista.• Estrategias adecuadas de razonamiento clínico.• Manejo de la incertidumbre.	<p>Afectivas y morales</p> <ul style="list-style-type: none">• Tolerancia a la ambigüedad y la ansiedad.• Inteligencia emocional.• Respeto por los pacientes.• Responsabilidad ante los pacientes y la sociedad.
	<p>Hábitos mentales</p> <ul style="list-style-type: none">• Autoobservación, manejo de las emociones.• Curiosidad crítica.• Reconocimiento y resolución de sesgos cognitivos y emocionales.• Voluntad para admitir y corregir los errores.

La adquisición de una adecuada competencia profesional es un proceso dinámico aunque no existe un acuerdo acerca de qué dimensiones deben adquirirse en cada estadio de la formación. Este tema deberá ser abordado de forma individual durante el proceso de la tutoría definiendo explícitamente el perfil de entrada y de salida del especialista en formación. Si bien es cierto que los sistemas de evaluación presentan dificultades para discriminar entre profesionales y su competencia y que apenas hay estrategias validadas para evaluar la práctica clínica, el desarrollo de los procedimientos de evaluación formativa y sumativa durante el período de la residencia suponen una oportunidad para promover y mejorar el aprendizaje así como para detectar los problemas y buscar soluciones.

4. LAS DIFICULTADES DEL PRIMER AÑO

Como ya se ha referido las primeras rotaciones de los residentes pueden tener una influencia decisiva en las actitudes posteriores de los mismos y en propio proceso de aprendizaje. El primer año de residencia puede ser especialmente difícil con un proceso de adaptación bastante exigente. En la formación de pregrado suele destacar la transmisión de conocimientos y durante la residencia es preciso profundizar y asentar esos conocimientos y adquirir habilidades y una adecuada competencia profesional.

Los problemas que pueden surgir durante el primer año difieren según el perfil de entrada de los residentes aunque lo más común es que comiencen su formación como especialistas inmediatamente tras la finalización de los estudios de pregrado. El enfoque pedagógico del tutor consiste en ayudarlo a crecer y a formarse como profesional competente, motivarle y gestionar adecuadamente los obstáculos que impidan este desempeño. El residente debe responsabilizarse autónomamente de su propia formación aunque con la ayuda y orientación del tutor. Este hecho puede provocar problemas de adaptación sobre todo en el caso de residentes que acaban de completar su formación de pregrado, ocasionando cierta confusión y desencanto. Por este motivo estas cuestiones deben preverse en el desarrollo del docente.

El papel del tutor como facilitador del proceso de aprendizaje le coloca en una posición horizontal, lejos del modelo vertical o paternalista. La relación

entre tutor y residente se convierte en un modelo de igualdad colaborativo que impulsa a la adquisición progresiva de responsabilidades. Debe entenderse que existe un desarrollo natural de las estructuras del conocimiento a medida que progresa el aprendizaje desde el nivel de principiante al de experto clínico, desde el pensamiento hipotético deductivo hasta modelos inductivos y de reconocimiento de patrones. Los expertos deben fomentar y modelar las estructuras del pensamiento y el razonamiento crítico como estímulo de la dinámica del aprendizaje, como por ejemplo ocurre en las técnicas de aprendizaje basado en problemas.

Aunque el aprendizaje durante la residencia se produce preferentemente en situaciones informales y al residente se le supone una autonomía y una autoresponsabilización en su formación esto no significa que no deba existir una estructuración del proceso de adquisición de competencias clínicas que debe recogerse en la guía docente de la unidad. La tutorización activa continuada es necesaria y de extraordinaria importancia sobre todo en los primeros años en los que hay que procurar que el residente no se pierda en la complejidad de la red de asistencia psiquiátrica.

Es relativamente frecuente que el residente manifieste su interés por realizar durante el período de residencia la tesis doctoral. Este es un tema controvertido y muchos tutores muestran opiniones contradictorias y argumentos a favor y en contra en ambos casos correctos. En nuestra opinión debe tratarse esta cuestión de forma individual, sopesando adecuadamente cada una de las proposiciones en el proceso de toma de decisiones y priorizando el interés del residente y de su formación, así como la elección del momento más adecuado. Estos aspectos deben tratarse conjuntamente con el residente buscando el mejor acuerdo posible.

5. LA SALUD DEL MIR

El período de formación MIR supone una etapa de riesgo para la salud ya que se producen cambios importantes y aparecen grandes exigencias tanto por parte de la organización como por la necesidad de interactuar con los pacientes y afrontar la incertidumbre inherente a la práctica clínica. Todo ello con estructuras de conocimiento de principiante y



sin haber adquirido las competencias necesarias. Un estudio publicado en 1995 por Pino Morales y López-Ibor Aliño sobre una muestra de 250 residentes que iniciaban su proceso de formación puso de manifiesto que estaban sometidos a un elevado nivel de estrés y casi un tercio mostraba problemas psicopatológicos, generalmente relacionados con las estrategias de afrontamiento utilizadas.

La Fundación Galatea y la Organización Médica Colegial elaboraron en 2008 una guía para tutores y profesionales de los centros sanitarios docentes relacionada con la salud del MIR en la que establecen la importancia del tutor como receptor de los problemas e inquietudes del residente más allá de las cuestiones técnicas del ejercicio de la especialidad. La tutorización activa continuada como ya se ha referido supone un instrumento importante para detectar y prevenir estos problemas, teniendo en cuenta que el manejo de la ansiedad y el estrés suponen también un aprendizaje.

Una adecuada organización de la asistencia y de la coordinación en el servicio así como un clima de trabajo favorable y de relaciones interpersonales satisfactorias con el *staff* y el resto de residentes, al igual que unos sólidos vínculos familiares y sociales, actúan como factores de protección frente a los problemas de salud del especialista en formación.

Las guardias son uno de los factores más importantes en la generación de estrés al MIR. Las condiciones en que se realizan, su calidad, los cambios de horarios que suponen, la privación de sueño o la interferencia que provocan con la vida social y familiar pueden actuar como factores de riesgo.

Un aspecto diferencial importante entre sexos es la dificultad añadida que supone para la mujer compatibilizar su vida familiar y laboral. Por ejemplo el embarazo durante la residencia puede suponer una fuente importante de estrés psicológico. Debe abor-

darse esta situación con delicadeza tanto con la propia residente como con los compañeros, intentando adaptar en lo posible horarios, guardias, etc. a su situación y procurando crear un clima de apoyo y colaboración.

Cuando se detecte un caso de riesgo es importante la adecuada coordinación entre el tutor, jefe de servicio, jefe de estudios y servicio de prevención de riesgos laborales. Debe recordarse que se exige una máxima reserva y un abordaje en forma cordial con un clima de colaboración, procurando evitar actitudes defensivas y favoreciendo que el residente reconozca el problema y que necesita ayuda.

6. LA IMPLICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN EN LA DOCENCIA

La función docente es una obligación y un compromiso que ha adquirido el hospital o el servicio al mismo nivel de responsabilidad que la función asistencial. Toda estructura del sistema sanitario debe estar adaptada para asumir la labor docente. Además, la solicitud de una acreditación docente es un acto voluntario que implica la asunción del compromiso y la responsabilidad de formar especialistas con la competencia profesional adecuada, en función de las necesidades de la sociedad a la que prestan sus servicios. En ocasiones es difícil adecuar las tareas docentes al funcionamiento de la institución y el tutor con frecuencia experimenta poco apoyo en su labor, además de otras circunstancias que ya han sido referidas en la introducción, como la escasez de tiempo y de reconocimiento. Pero es una función que se realiza de forma voluntaria y es su responsabilidad saber motivar e implicar al resto del servicio en la docencia, asumiendo el liderazgo y evaluando de forma continuada los obstáculos y problemas que amenazan al proceso formativo que debe superar con creatividad, flexibilidad y espíritu de superación.

↑ RECOMENDACIONES CLAVE

El currículum convencional y el currículum oculto deben ser concordantes. Gran parte del éxito educativo consiste en promover un currículum oculto de calidad.

Debe existir un equilibrio en el proceso formativo procurando un eclecticismo creativo.

El enfoque pedagógico del tutor supone en ayudar al residente a formarse como profesional competente, motivarle y gestionar los obstáculos del proceso formativo. La tutorización activa continuada es un instrumento fundamental al respecto.

Debe existir una adecuada coordinación entre el tutor y el servicio de prevención de riesgos laborales en beneficio de la salud del residente.

7. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Ricarte Díez JL, Martínez-Carretero JM. Formación del residente desde su abordaje como adulto. *Educación Médica* 2008;11:131-8.

Fundación Galatea. La salud del MIR. Guía para tutores y profesionales de los centros sanitarios docentes. 2008. Disponible en: http://www.fgalatea.org/pdf/Opus-cle_Salut_MIR_cast.pdf.

8. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Coverdale JH, Roberts LW, Louie AK. Teaching evidence-based psychiatry to residents and fellows: developing the curriculum. *Acad Psychiatry* 2008;32:453-7.

Gabbard GO. How not teach psychotherapy. *Acad Psychiatry* 2005;29:332-8.

Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002;287:226-35.

AGRADECIMIENTOS:

A todos los residentes de nuestra unidad docente cuya aportación constituye un estímulo continuado e indispensable.





14. ASPECTOS EMOCIONALES DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DEL RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA



Autoras: Rosana Codesal Julián y Ariana Quintana Pérez

Tutor: Luis Santiago Vega González

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

CONCEPTOS ESENCIALES

La residencia es un tiempo de múltiples cambios vitales que ponen a prueba las capacidades de adaptación del MIR.

Para cada MIR de psiquiatría existen factores estresantes y protectores, de vulnerabilidad y de resiliencia, en el ejercicio de la profesión de psiquiatra.

Nuestra propia persona es una herramienta terapéutica de primer nivel, lo cual provoca tanto satisfacción profesional como potenciales fuentes de malestar.

Existen elementos protectores, medidas preventivas y terapéuticas para cuidar la salud física y mental del residente.

1. LA RESIDENCIA: TIEMPO DE CAMBIOS VITALES

El periodo de residencia es una época de importantes cambios vitales: en especial el tránsito del rol de estudiante, acostumbrado a superar con éxito los exigentes pero claramente estructurados estudios de medicina y el posterior examen MIR, al rol de médico residente, en el que se enfrenta a una nueva realidad y aparecen muchas inseguridades. La residencia es una etapa de la vida en la que se brinda la oportunidad de aprender profesionalmente y crecer como persona, pero que no está exenta de dificultades y riesgos para la salud física y mental del residente. En este balance influyen tanto factores ambientales como de vulnerabilidad individual del residente que pueden alterar el equilibrio emocional de éste y malograr este deseado proceso formativo. Es cuando tiene lugar por primera vez el enfrentamiento de un modo directo con el paciente real y la asunción progresiva de responsabilidades. El residente se encuentra con enfermos reales, usuarios (y familiares) exigentes y cada vez más informados, a veces

conflictivos. Comienzan a activarse emociones, sentimientos y fantasías, conscientes e inconscientes, en ambas direcciones de la relación terapéutica: lo que el paciente desea y teme de su relación con el médico y viceversa. La práctica real comporta asimismo enfrentarse a situaciones con una alta carga emocional: el sufrimiento del paciente y de sus familiares, la muerte, el dolor, la cronicidad, la agresividad, las quejas y reclamaciones de los usuarios... Todo ello en un sistema organizativo institucional que no siempre dispone de las condiciones adecuadas para dar apoyo (tanto operativo como emocional) al médico residente y que a veces puede situarle en condiciones de una aún mayor vulnerabilidad por diversos factores: cansancio a causa del acúmulo de horas de guardia sin el suficiente descanso, presión asistencial sin el apoyo real de supervisión y asunción de responsabilidades compartidas del *staff*, mala organización asistencial y/o docente, sueldo limitado, etc... Finalmente, la residencia coincide en ocasiones con otras situaciones vitales de cambio que también exigen un esfuerzo adaptativo: cambio de lugar de residencia, independencia del entorno



familiar, nuevas exigencias de conciliación de la vida personal y laboral, etc... No debemos obviar tampoco las diferencias socio-culturales de género: las médicas están expuestas a mayores estresores que los médicos, tanto en términos de frecuencia como de intensidad, a causa del conflicto de rol que experimentan entre los requerimientos de sus carreras y los de su vida personal y familiar. Todo ello supone un plus de implicación emocional del médico en su tarea que no se da en otras profesiones. Aprender a identificar algunos factores emocionales de protección y de riesgo para nuestra salud integral e informar de algunas herramientas preventivas y terapéuticas al respecto, útiles tanto durante la residencia como a lo largo de toda nuestra trayectoria profesional y etapas de nuestra vida, es el objetivo de este capítulo.

↑ La repercusión emocional del trabajo asistencial es especialmente notable en las especialidades que presentan un contacto más intenso con pacientes complejos y difíciles de tratar, como es la psiquiatría. Además de los recursos terapéuticos que el residente debe aprender a manejar a lo largo del proceso formativo (tratamientos biológicos, habilidades psicoterapéuticas, técnicas de rehabilitación psicosocial y otras) la propia persona del psiquiatra es, en sí misma, una herramienta terapéutica de primer orden, según reconocen las diversas escuelas psicoterapéuticas, independientemente de los elementos diferenciadores de cada una de ellas. De ahí, surge la necesidad de cuidar dicho "instrumento" ya desde el comienzo de nuestra vida profesional y de facilitar los medios que cada modelo prevé al respecto (experiencias de reflexión sobre la propia familia de origen, análisis didáctico y otras experiencias psicoterapéuticas diversas).

2. LA MEDICINA, UNA PROFESION CON RIESGOS PSICOSOCIALES

En general, el colectivo médico está expuesto por diferentes causas a un importante nivel de estrés laboral. En la tabla 1 se sugieren algunos factores que pueden favorecer la aparición de estrés entre los médicos, ampliado de un reciente estudio de la Organización Médica Colegial, de recomendable lectura para todo MIR.

Las guardias son un factor importante a la hora de causar malestar en el residente por diversos motivos:

la necesidad de tomar decisiones de forma rápida, no poder ejercer en ocasiones el derecho/deber a la libranza a pesar de estar amparados por la ley, la sensación de falta de supervisión y apoyo, la presión asistencial e institucional que orienta a atender la demanda en el menor tiempo posible evitando el ingreso, las agresiones tanto verbales como físicas y la ausencia de colaboración por parte de otros compañeros o estamentos. La falta de sueño implica un aumento del riesgo de padecer accidentes, así como un aumento en la frecuencia de la toma de fármacos automedicados por parte de los profesionales con el objetivo de mantener el ritmo de trabajo.

Los cambios horarios tras las guardias favorecen los malos hábitos y la escasez de tiempo con el consiguiente descuido de la vida social y familiar y el deterioro de factores protectores para un manejo funcional del estrés. Durante la etapa de formación MIR, se corre el peligro de abandonar las relaciones personales y las actividades lúdicas debido a la importante implicación y nivel de (auto) exigencia requerido, no siendo infrecuentes las rupturas de parejas durante el periodo de la residencia. Algunas residentes deciden ejercer su derecho a la maternidad durante este periodo, y en una cultura donde a veces predomina la productividad inmediata sobre la salud de la embarazada y el bebé, estos meses pueden no estar exentos de ansiedad al no poder satisfacer plenamente las demandas de los diferentes estamentos. Por último, el contexto político-económico también influye en el periodo formativo, como por ejemplo cuando se producen cambios en el marco regulador del sistema sanitario insuficientemente consensuados y explicados a la profesión médica o en momentos de crisis económica como la actual, cuando la incertidumbre en torno a la futura contratación laboral supone un nuevo elemento de estrés en la etapa final de la residencia.

Existen otros aspectos, como el aprendizaje de capacidades comunicativas y el manejo emocional sano de los conflictos, así como la promoción del trabajo en equipo y la mejora de la docencia y de la supervisión real que faciliten la asunción progresiva de responsabilidades, que podrían actuar como factores protectores frente al malestar del residente. Sin embargo, aún están desigualmente desarrollados y potenciados durante la formación MIR en las distintas especialidades y unidades docentes de nuestro

Tabla 1. Factores generadores de estrés en el médico

<p>Factores relacionados con el trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Periodo de formación largo. – Necesidad de actualización continua de los conocimientos. – Contactos con situaciones emocionalmente impactantes como la muerte de un paciente, la sobreidentificación, las equivocaciones u otras. – Cambio de lugar de residencia fuera del entorno socio-familiar habitual para realizar el MIR. – Incertidumbre de la práctica clínica.
<p>Factores relacionados con el individuo:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Elevada exigencia y autocrítica. – Alta competitividad entre iguales. – Falta de recursos individuales para enfrentarse a las situaciones. – Poco tiempo para disfrutar de actividades lúdicas y recreativas. – Riesgo de relaciones familiares empobrecidas. – Vulnerabilidad psicológica de base o franca psicopatología no tratada. – Estresores de género.
<p>Factores relacionados con la organización:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Incremento constante de la presión asistencial: sobrecarga cuantitativa (demasiado trabajo en poco tiempo) y cualitativa (demasiado complejo o difícil) en relación con el año de residencia. – Incremento constante de las tareas burocráticas. – Alejamiento de la toma de decisiones asistenciales que después afectan la práctica clínica. – Poco control de las condiciones de trabajo. – Arquitectura sanitaria (espacios de trabajo y/o de descanso en, p. ej., las guardias inadecuados, etc...). – Escasez de trabajo en equipo y tiempos reales de supervisión y docencia. – Sueldos desproporcionadamente bajos en relación con la categoría profesional y nivel de responsabilidad progresiva asumida y otros factores desmotivadores (como la no inclusión del tiempo de residencia en la carrera profesional y otros).
<p>Factores sociales y políticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Incremento del número de denuncias, litigios y agresiones contra médicos por motivos no sólo clínicos (p. ej. bajas laborales, solicitud no justificada clínicamente de tratamientos o derivaciones, exigencias de respuesta médica-psicológica inmediata a problemas de la vida...). – Mayor control político-administrativo sobre el trabajo cotidiano. – Presión de los medios de comunicación.

país. En ocasiones se presupone erróneamente que el residente tiene capacidad “natural” de manejo de la ansiedad frente a las distintas situaciones difíciles o complejas que puedan aparecer. Los residentes traen consigo, además de expectativas, sus propias creencias en torno a la profesión médica que pueden influir en su experiencia. Algunos mitos comunes que, de una manera inconsciente, están presentes en el ámbito médico y, especialmente, entre los médicos jóvenes son: “los médicos deberían saberlo siempre todo”, “dudar implica que uno no está lo suficientemente preparado”, “el paciente siempre es lo prime-

ro”, “la excelencia técnica es la que da satisfacción” y “los pacientes, no los médicos, son los que necesitan apoyo”. A éstos sumaríamos otros propios del médico psiquiatra, entre los que destacarían que “pedir y recibir ayuda emocional me devalúa como psiquiatra”, “una buena formación y estudio personal, junto al acúmulo de práctica profesional, son las ayudas que necesita un buen psiquiatra” o la de que “sólo en casos extremos de psicopatología hay que aceptar ayuda psicológica/psiquiátrica”. Poder detectar y dialogar sobre estos mitos y la repercusión de ellos en la práctica clínica y vida personal del residente no sólo



es tarea del tutor sino de los numerosos miembros del servicio implicados en la docencia y asistencia del servicio donde el MIR se forma.

Como resultante desadaptativa de un estrés laboral crónico, que aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento a cualquiera de los factores expuestos previamente y existe una franca discrepancia entre las expectativas e ideales individuales, por una parte, y la dura realidad de la vida profesional, por otra, puede desarrollarse de manera más o menos evidente un síndrome de desgaste profesional (*burnout*) (tabla 2). Síndrome importante a detectar y afrontar en cualquier colega médico, pero de especial relevancia en el residente por las consecuencias negativas para su formación MIR que dicho malestar no tratado supone.

Tabla 2. Síndrome de desgaste profesional o *burnout*

Síntomas dísforicos, sobre todo de agotamiento emocional.
Alteraciones de conducta (conducta anormal del rol asistencial o despersonalización/deshumanización de la relación con el enfermo) como evasividad, absentismo, conductas adictivas, etc...
Síntomas físicos de estrés como cansancio y malestar general.
Inadecuada adaptación al trabajo con vivencias de baja realización personal.
Disminución del rendimiento laboral, desmotivación y desinterés.

Si se deja evolucionar libremente sin instaurar las medidas oportunas puede evolucionar a un deterioro progresivo de la persona y aparecer estados depresivos, conductas suicidas, disfunciones familiares graves, adicciones, situaciones de mala praxis profesional, deterioro en las relaciones laborales, empobrecimiento del desarrollo profesional, rivalidad e individualismo asociado a complicaciones somáticas de tipo muscular, endocrinas, cardiovasculares y otras.

3. EL APRENDIZAJE DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE LA PSIQUIATRÍA

A las características generales del contexto formativo durante la residencia, se añaden las particularidades

del inicio de la práctica psiquiátrica y el trabajo con la salud mental, ámbito en general limitado a los conocimientos adquiridos durante la carrera universitaria en las asignaturas de psicología médica y psiquiatría. Esto supone una necesidad emergente de adquisición de conocimientos teóricos prácticamente desconocidos para el residente cuya formación de pregrado ha tenido una orientación fundamentalmente médica y extensivamente en otras áreas de la medicina fuera de la salud mental. Al desconocimiento teórico se añade la ausencia de capacitación en habilidades de entrevista y comunicacionales, así como en el enfoque terapéutico para el abordaje de pacientes con diferentes grados de complejidad.

➡ Un factor de importante estrés (e incluso crisis vocacional sobre la especialidad elegida) es la existencia de múltiples teorías en competencia dentro de la misma psiquiatría y la ambigüedad dentro de ellas, defendiendo éstas en ocasiones puntos de vista contrapuestos sobre el diagnóstico o el enfoque terapéutico de un mismo problema psicopatológico o caso clínico. Las dificultades para obtener evidencias científicas sobre nuestros métodos diagnósticos y terapéuticos, la desilusión con los resultados terapéuticos y la inevitable incertidumbre que genera la reconocida influencia de factores psicosociales en el origen y mantenimiento de los distintos cuadros psiquiátricos (incluso de aquellos con una reconocida etiología biológica) son otros factores peculiares de la práctica de la psiquiatría a pesar de los vaivenes de ilusión que periódicamente generan teorías como la psicoanalítica hace décadas o lo biológico en la actualidad. Reconocer, reflexionar e intercambiar experiencias con clínicos de mayor experiencia que siguen disfrutando de su profesión sin necesidad de refugiarse defensivamente en teorías y prácticas reduccionistas es algo que durante la residencia de psiquiatría deben favorecer los tutores y formadores de la unidad docente a través de las tutorías, grupos de reflexión sobre la práctica profesional y otras experiencias docentes. La escucha grupal de las experiencias de otros compañeros y colegas y cómo cada uno va afrontando las incertidumbres que la práctica de la Psiquiatría conlleva es de gran importancia, según reconocen los mismos residentes cuando se les facilitan dichos espacios en su plan de formación.

James Guy escribió un libro clásico sobre la vida personal del psicoterapeuta. Sus comentarios son de

interés para cualquier profesional de la salud mental e imprescindibles para aquellos cuyo modelo clínico de referencia y práctica profesional impliquen un mayor contacto con los aspectos emocionales del paciente y/o que traten con pacientes más dañados (trastornos de la personalidad, estrés postraumático grave, psicopatología severa, cronicidad, etc.).

➡ Es importante la reflexión personal (y el contraste en los espacios grupales o con el tutor o supervisor) sobre las motivaciones personales para ser psiquiatra (expectativas personales, mitos, experiencias previas propias o cercanas en profesiones de ayuda, expectativas positivas o negativas parentales y familiares...). Es útil tomar conciencia sobre cómo pueden influir en nuestras filias y fobias de ciertos pacientes, modelos clínicos teóricos y patologías las experiencias propias o cercanas previas: por ejemplo, las experiencias previas de contacto con la enfermedad mental, de afrontamiento de situaciones de crisis personal, de encuentro con el diferente, experiencias de escucha al otro y a uno mismo (capacidad de introspección, "autoanálisis"), experiencias de límite personal y fracaso, experiencias previas de superación de conflictos o crisis (modelos aprendidos de manejos de los mismos, modelos a imitar o evitar...).

➡ Asimismo en estos grupos de reflexión, grupos Balint o similares, y entrevistas de tutoría como las que periódicamente recomienda realizar el actual programa de formación MIR en psiquiatría, suelen surgir temas relacionados con la práctica profesional que pueden suponer un importante desgaste emocional si no se contienen y aprovechan para crecer personal y profesionalmente: la agresividad, el suicidio, las fantasías, temores y realidades sobre la "locura", la descalificación y estigmatización del rol del psiquiatra, la involuntariedad ocasional de los tratamientos psiquiátricos, el papel de control social que tradicionalmente se ha asignado a la psiquiatría junto a la función terapéutica en la que como médicos nos sentimos más cómodos, las relaciones con otros profesionales médicos y otros colegas de los equipos de salud mental (con los conflictos de roles que en ocasiones involucran al MIR), las consultas impertinentes (o sea, no pertinentes) de amigos y familiares sobre casos de salud mental, la omnipotencia terapéutica, la sobreimplicación emocional, los pacientes que atraen y los que provocan bloqueo o rechazo absoluto (ambos probablemente tengan que

ver con aspectos personales, biográficos o emocionales del terapeuta), etc... Todos estos, y otros más que aportan los residentes MIR de psiquiatría y PIR de psicología clínica cuando se facilita un espacio individual y grupal *ad hoc*, han sido tópicos sobre los que reflexionar de forma altamente enriquecedora para residentes y tutores cuando se han puesto en marcha experiencias grupales para hablar sobre los aspectos emocionales de nuestra profesión.

En las tutorías animamos asimismo a que el MIR que rota con distintos profesionales de la unidad docente o en rotaciones externas se fije no sólo en las competencias y habilidades técnicas que aprender de ellos, sino también a hacer suyos aspectos de cuidado personal y profesional que pueden ser de utilidad para el residente: ver cómo un buen profesional puede retirarse de la atención de un caso por motivos personales de forma transitoria o definitiva, que un buen psiquiatra puede haber requerido en algún momento de su vida personal ayuda profesional y/o (gran tabú) precisar tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico en la actualidad, de igual forma en que se benefician muchos de nuestros pacientes. Los terapeutas cuidadosos de sí mismos y bien formados sobre los aspectos emocionales de su trabajo son un excelente modelo de identificación para el residente, a la vez que le ayudan a comenzar a descubrir las satisfacciones que nuestro trabajo reporta. Muchos terapeutas experimentan un significativo desarrollo emocional durante los años de su ejercicio: mayor seguridad en sí mismos, autoconfianza, autoconocimiento y capacidad de introspección, autorreflexión y sensibilidad en su propia vida y en las relaciones interpersonal.

4. HERRAMIENTAS PREVENTIVAS Y TERAPÉUTICAS AL SERVICIO DE LA SALUD MENTAL DEL PSIQUIATRA

➡ Reseñamos a continuación algunas sugerencias para facilitar la tarea de adaptación al rol de residente y el cuidado personal saludable, haciendo especial hincapié en las peculiaridades del residente de psiquiatría:

- Considere el cuidado o atención personal y profesional como una prioridad.
- Evalúe su salud psicológica y física y realice las tareas preventivas y terapéuticas necesarias para mantenerla en el mejor estado posible.



- Dedique tiempo a aquellas actividades que le restauren su bienestar, procurando preservar espacios y tiempos para las relaciones interpersonales gratificantes, el ejercicio físico, la relajación y el silencio personal.
 - Evite el aislamiento y la incomunicación. Identifique, haga uso y cuide sus fuentes de apoyo social naturales (amistades, compañeros de residencia y servicio, familia...).
 - Establezca y mantenga relaciones profesionales que le faciliten la oportunidad de dialogar sobre dificultades, fuentes de estrés y alternativas constructivas para el desempeño profesional. Esté atento a las señales de estrés o desgaste profesional que indican necesidad de ayuda. Utilice los espacios de tutoría y supervisión para contrastar inicialmente cómo su malestar emocional puede estar influyendo en su rendimiento asistencial y docente y acepte orientaciones al respecto, sin esperar a situaciones críticas de desbordamiento emocional. Identifique y participe en grupos de apoyo o consultoría profesional. Acepte servicios de ayuda profesional psicoterapéutica cuando sea razonable, de la misma forma en que lo recomienda a algunos de sus pacientes.
 - Edúquese sobre los riesgos de la profesión y en relación con la literatura sobre el síndrome de desgaste profesional, trauma vicario, fatiga de compasión u otros relacionados.
 - Desarrolle expectativas reales y razonables sobre su trabajo y capacidades; realice cambios o acomodados necesarios en su trabajo a la luz de las fuentes de estrés y necesidades de salud, en diálogo con sus tutores y supervisores.
 - Preste atención al balance entre trabajo, descanso y diversión; sea asertivo/a al declinar invitaciones a participar en actividades o tareas que puedan saturar su tiempo o exceder sus posibilidades en el actual momento de su vida profesional y vital; sea prudente en el uso de medicamentos, suplementos, bebidas alcohólicas u otras sustancias estimulantes.
 - Diversifique intereses profesionales y participe en actividades separadas de la faceta meramente asistencial de su trabajo (por ejemplo, docencia, investigación, asociacionismo profesional u otras) que le generen satisfacción con la profesión.
 - Desarrolle intereses y participe en actividades separadas de la profesión que promuevan el crecimiento intelectual, social y espiritual.
- ↑ La experiencia psicoterapéutica personal no es sólo un instrumento a utilizar cuando existe franca psicopatología que así lo aconseje. También es una experiencia de crecimiento personal que fortalece las capacidades terapéuticas del futuro profesional. Algunos estudios han puesto de manifiesto la escasa frecuencia con la que los médicos solicitan atención en casos de enfermedad y el rechazo que presentan al rol de enfermo, más aún si se trata de enfermedades mentales (incluyendo trastornos de personalidad y conductas adictivas). Se han valorado diferentes explicaciones al respecto, por ejemplo, el miedo a la enfermedad, al sufrimiento o el temor a la falta de confidencialidad, lo que favorecería la actitud de no valorar síntomas que si se tratase de un paciente no médico adquirirían mayor significado.
- ↑ Un problema de difícil manejo en las unidades docentes de psiquiatría es la presentada por el candidato a especialista con trastornos mentales puntuales (adaptativos), crónicos (por ejemplo, trastornos afectivos uni o bipolares, trastornos de ansiedad u otros) o más estructurales de personalidad de base o con situaciones de alto riesgo emocional no afrontadas por el residente (consumo de tóxicos, trastornos de la alimentación, experiencias traumáticas previas...). Cuando alguno de estos elementos obligue a plantearse una posible inadecuación transitoria o permanente para el ejercicio de determinadas especialidades o, incluso, de la práctica de la medicina no debemos confundir el respeto extremo al colega de profesión y el respeto de sus derechos (confidencialidad, laborales, etc...) con la "mirada hacia otro lado" de los responsables asistenciales y docentes (tutores) del servicio. El tutor de psiquiatría puede jugar un importante papel en la toma de conciencia de la repercusión que tanto a nivel personal como profesional puede suponer la no asunción del problema y aceptación de ayuda, pero no puede ni debe jugar un rol de terapeuta con sus residentes. En estos delicados casos se hace imprescindible la solicitud de valoración y tratamiento si precisa, a ser posible por terceros fuera del servicio donde está adscrito el residente: servicios de salud laboral y, en especial, si la gravedad del caso lo aconseja, por los programas de atención al médico enfermo implantados en los últimos años en numerosos colegios de médicos de nuestro país (se puede consultar al respecto

la publicación de la Organización Médica Colegial de España "La salud del MIR"). Las Unidades de Prevención de Riesgos Laborales y el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) están dirigidos

a ofrecer a los profesionales en situación de riesgo servicios de carácter preventivo y asistencial con el objetivo de que puedan ejercer su profesión de la forma más saludable para sí mismos y para los pacientes.

RECOMENDACIONES CLAVE

Durante la residencia (y toda la vida profesional) es prioritario cuidar nuestra salud física y mental.

Durante la residencia debemos aprender a reconocer y dialogar sobre los factores estresantes y protectores, de vulnerabilidad y de resiliencia, en el ejercicio de la profesión de psiquiatra.

Pedir y aceptar ayuda para las dificultades emocionales durante la residencia (y el resto de la vida profesional) no sólo mejora la salud del MIR de Psiquiatría sino que genera una asistencia de calidad a sus pacientes.

Debemos conocer y practicar los elementos protectores ante el estrés, así como las medidas preventivas y terapéuticas para cuidar nuestra salud física y mental.

5. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Organización Médica Colegial de España. La salud del MIR. Guía para tutores y profesionales de los centros sanitarios docentes. OMC-Fundación Galatea. Barcelona. 2008. Disponible en: http://www.cgcom.org/noticias/2008/07/08_07_14_mirguia

Guy JD. La vida personal del terapeuta. El impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta. Barcelona: Ediciones Paidós. 1995.

Mingote JC, Pérez F. El estrés del médico. Manual de autoayuda. Madrid: Ediciones Díaz de Santos. 1999.

Rothschild B. Ayuda para el profesional de la ayuda. Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario. Bilbao: Descleé de Brouwer. 2009.

Travé AL, Berenguer JC, Pizarro I, Argudo I, Calcedo A. La dimensión personal de la formación psiquiátrica. En: Cervera S, Conde V, Espino A, Giner J, Leal C y Torres F (eds.). Manual del residente de psiquiatría. Madrid: Smithkline Beecham. 1997:2315-32. Disponible en: http://www.4shared.com/file/36899373/f4e0661e/libro_d_psiquiatria.html

6. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Guimón J, Azkúnaga D, Sacanell E. Presencia en España del llamado Síndrome del Residente que comienza su formación en psiquiatría. *Psiquis* 1987;8:11-9.

Tizón JL. Aspectos psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria. Barcelona: Biblèria. 1996.

Rendueles G. El usuario gorrón y el terapeuta quemado. *Psiquiatría Pública* 1992;4:115-29.

Ortega L. Las vicisitudes de la formación en psiquiatría: una explicación psicoanalítica. *Nueva Psiquiatría* 1996;3:7-11.

Gracia D. Medice, cura te ipsum. Sobre la salud física y mental de los profesionales sanitarios. Real Academia Nacional de Medicina (discurso inaugural curso 2004). Disponible en: http://www.asociacionbioetica.com/documentos/D_Gracia_Discurso_Academia.doc





15. ORGANIZACIÓN DE UN PLAN INDIVIDUALIZADO DE FORMACIÓN. LA AUTOEVALUACIÓN



Autoras: Mariña Reimundo Díaz-Fierros, Clara Viesca Eguren,
Jessica Solares Vázquez y Lara García González
Tutora: M^a Paz García-Portilla González
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

CONCEPTOS ESENCIALES

El plan individualizado de formación debe incorporar las competencias generales en psiquiatría. Éstas incluirían: (1) Habilidades clínicas y atención al paciente; (2) Conocimientos médicos; (3) Aprendizaje y mejora basados en la práctica; (4) Habilidades interpersonales y de comunicación; (5) Profesionalidad; y (6) Práctica relacionada con los recursos sanitarios.

Dentro de las competencias se distinguen:

- Conocimientos: intelectuales que debe saber para ejercer la profesión psiquiátrica.
- Habilidades: tareas que debe saber hacer para el ejercicio de la práctica psiquiátrica.
- Actitudes: disposición y estados afectivos necesarios para ejercer la práctica psiquiátrica.

La autoevaluación es la herramienta que permite al residente rediseñar y ajustar en cada momento su hoja de ruta formativa para lograr alcanzar el nivel de competencias adecuado.

1. INTRODUCCIÓN

Una de las grandes ventajas de realizar un plan individualizado de formación radica en poder adaptar este importante periodo a las necesidades de cada residente. Para ello son necesarios:




- La identificación previa de los conocimientos, habilidades y actitudes que componen las competencias que el residente de psiquiatría ha de alcanzar al final del periodo de residencia (puntos 2 y 3 de este capítulo).
- Métodos para la evaluación del nivel adquirido en esos conocimientos, habilidades y actitudes requeridos en la formación (autoevaluación, supervisión) (punto 4 de este capítulo).

Estas dos herramientas (identificación previa de las competencias y métodos de evaluación) permiten a cada residente diseñar una hoja de ruta individualizada y dinámica de su formación, con el objetivo de que al final de los 4 años de residencia sus conocimientos, habilidades y actitudes tengan el nivel adecuado en todas las áreas implicadas.

▲ Mediante la evaluación comparada entre lo exigido y lo personal adquirido, el residente podrá identificar los puntos débiles en su formación e implementar las estrategias necesarias para fortalecerlos.

Una adecuada formación del médico residente de psiquiatría implica la adquisición de unas competencias generales y de otras más específicas de nuestra especialidad que a continuación desarrollamos.



 CONOCIMIENTOS (Saber)	 HABILIDADES (Saber hacer)	 ACTITUDES (Querer hacer)
<p>Proceso puramente intelectual. Define los conocimientos necesarios para ejercer la práctica psiquiátrica.</p>	<p>Expresan las tareas que han de ser realizadas en el ejercicio de la práctica psiquiátrica.</p>	<p>Actitud: disposición persistente a actuar positiva o negativamente hacia una persona, grupo, objeto, situación o valor. Indican los estados afectivos necesarios para el ejercicio de la práctica psiquiátrica.</p>

2. COMPETENCIAS GENERALES

Siguiendo las recomendaciones del Programa de Formación de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría en España, el Core Curriculum de la World Psychiatric Association, el European Framework for Competencies in Psychiatry de la UEMS y el programa de formación de la American Board of Psychiatry and Neurology de EE.UU., se distinguen seis competencias generales que incluyen los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para el ejercicio de la práctica psiquiátrica.

COMPETENCIAS GENERALES
Habilidades clínicas y atención al paciente.
Conocimientos médicos.
Aprendizaje y mejora basados en la práctica.
Habilidades interpersonales y de comunicación.
Profesionalidad.
Práctica relacionada con los recursos sanitarios.

De forma resumida a continuación desglosamos cada una de estas seis competencias generales que están tratadas en profundidad a lo largo de los distintos capítulos de este Manual.

2.1. HABILIDADES CLÍNICAS Y ATENCIÓN AL PACIENTE

Esta competencia incluye las siguientes tareas que el residente al finalizar su formación debe saber hacer:

2.1.1. Elaborar una historia clínica psiquiátrica que debe incluir

- Antecedentes personales somáticos.
- Antecedentes personales psiquiátricos.
- Antecedentes de consumo de tóxicos.
- Antecedentes familiares.
- Historia sociocultural y educativa.
- Historia evolutiva.
- Examen físico y neurológico.
- Valoración del estado mental y funciones cognitivas.

2.1.2. Razonamiento clínico

- Valoración integral de un caso clínico (aspectos neurobiológicos, psicológicos, socioculturales).
- Diagnóstico diferencial.
- Pruebas complementarias.
- Estrategia terapéutica.

2.1.3. Valorar el riesgo de auto y/o heteroagresividad

- Basada en factores de riesgo conocidos.
- Conocimiento de características del tratamiento involuntario.
- Intervención efectiva para minimizar riesgos.
- Promoción de medidas preventivas.

2.1.4. Conducir entrevistas terapéuticas

2.1.5. Dirigir terapias de tipo individual, grupal y familiar

2.2. CONOCIMIENTOS MÉDICOS

Que al final de los 4 años de formación el residente debe haber adquirido:

- Trastornos psiquiátricos principales.
 - De ellos ha de saber:
 - Epidemiología.
 - Etiología.
 - Criterios diagnósticos.
 - Estrategias de tratamiento efectivas.
 - Curso y pronóstico.
 - Aspectos legales.
 - Información al paciente y familiares.
- Psicofarmacología.
- Drogas de abuso y adicciones.
- Aspectos evolutivos.
- Urgencias psiquiátricas.
- Psicoterapia.
- Tratamientos somáticos (farmacoterapia y TEC).
- Pruebas diagnósticas (test psicométricos, pruebas de laboratorio, de neuroimagen...).
- Los aspectos específicos de la Psiquiatría de Enlace.
- Los aspectos específicos de la Psiquiatría Infanto-Juvenil.
- Los aspectos específicos de la Psiquiatría Legal y Forense.
- Recursos sanitarios y gestión clínica.
- Conocimientos éticos.

2.3. APRENDIZAJE Y MEJORA BASADOS EN LA PRÁCTICA

Se refiere principalmente a las habilidades y actitudes del residente en relación a su propia formación psiquiátrica. El residente deberá saber hacer y haber incorporado en su ejercicio clínico la disposición para hacer:

- Obtener información actualizada de la literatura científica.
- Evaluar la experiencia clínica de forma sistemática.

- Valorar críticamente la literatura psiquiátrica y de ciencias relacionadas.
- Valorar la posibilidad de aplicar los hallazgos de la investigación a sus propios pacientes (investigación traslacional).
- Desarrollar estrategias clínicas y terapéuticas efectivas basadas en la revisión crítica de la literatura científica.

2.4. HABILIDADES INTERPERSONALES Y DE COMUNICACIÓN

Incluye saber hacer las siguientes tareas:

- Comunicarse efectivamente con los pacientes y sus familiares.
- Establecer alianzas terapéuticas con los pacientes.
- Manejar adecuadamente las emociones ajenas (transferencia) y las propias (contratransferencia).
- Comunicarse efectivamente con otros profesionales.
- Trabajar efectivamente en equipos multidisciplinares.
- Realizar programas de educación para pacientes, familiares y otros profesionales.

2.5. PROFESIONALIDAD

Se refiere a la actitud que el futuro psiquiatra debe tener hacia la propia especialidad, el ejercicio de la profesión, los pacientes y sus familias, y el resto de profesionales y organismos implicados en la atención y cuidado de sus pacientes.

2.5.1. Seguimiento de los principios éticos

Protección de los derechos de los pacientes, respeto y valoración del trabajo de otros profesionales, responsabilidad, actualización de la formación continua...

2.6. PRÁCTICA RELACIONADA CON LOS RECURSOS SANITARIOS

Al finalizar la residencia el psiquiatra ha debido incorporar los siguientes aspectos de gestión clínica.



2.6.1. Conocer, saber y estar dispuesto a utilizar de forma racional de los recursos sanitarios disponibles.

↑ En la siguiente tabla se presenta un resumen de las competencias generales y los aspectos principales que engloban.

3. COMPETENCIAS EN PSICOTERAPIAS

A diferencia del resto de competencias que debe adquirir un residente de psiquiatría a lo largo de su periodo de formación, el programa detallado de las competencias en psicoterapia de la Comisión Nacional de Psiquiatría está todavía pendiente de rea-

lizar. Por ello, hemos decidido dedicarle un epígrafe independiente y nos hemos guiado principalmente por el programa americano.

➡ En EE.UU., la American Psychiatric Association (APA) y una comisión de psiquiatras expertos en psicoterapia han establecido las competencias básicas durante la formación del residente de psiquiatría. Distinguen cinco tipos de psicoterapia: breve, psicoterapia cognitivo-conductual, psicodinámica, psicoterapia combinada y de apoyo. En la siguiente tabla se describen resumidamente los conocimientos, habilidades y actitudes que el residente debe adquirir para cada una de ellas.

HABILIDADES CLÍNICAS Y ATENCIÓN AL PACIENTE	CONOCIMIENTOS MÉDICOS	APRENDIZAJE BASADO EN LA PRÁCTICA
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Historia clínica. ✓ Razonamiento clínico. ✓ Valoración del riesgo de agresividad. ✓ Entrevista terapéutica. ✓ Psicoterapias. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trastornos psiquiátricos. ✓ Psicofarmacología. ✓ Drogas de abuso. ✓ Desarrollo evolutivo. ✓ Urgencias psiquiátricas. ✓ Psicoterapia. ✓ Tratamientos somáticos. ✓ Pruebas diagnósticas. ✓ Psiquiatría de Enlace. ✓ Psiquiatría Infanto-Juvenil. ✓ Psiquiatría Legal y Forense. ✓ Recursos sanitarios. ✓ Aspectos éticos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Literatura científica. ✓ Aplicación de la investigación. ✓ Estrategias efectivas.
HABILIDADES DE COMUNICACIÓN	PROFESIONALIDAD	RECURSOS SANITARIOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alianza terapéutica. ✓ Pacientes y familiares. ✓ Equipos multidisciplinarios. ✓ Manejo de las emociones (transferencia y contratransferencia). ✓ Psicoeducación. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Principios éticos. ✓ Derechos de los pacientes. ✓ Respeto a otros profesionales. ✓ Responsabilidad. ✓ Formación continua. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conocimiento. ✓ Utilización racional.

4. EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN

La evaluación es una de las fases del proceso de enseñanza-aprendizaje más controvertida. No debe ser considerada un hecho aislado e independiente del resto del proceso, destinado exclusivamente al residente para verificar su grado de aptitud.

↑ Podría definirse como la etapa del proceso formativo que evalúa tanto la consecución por parte del




residente de los objetivos formativos explicitados en el programa, como la eficiencia del propio programa de formación y de los tutores en él implicados.

En este capítulo nos centraremos únicamente en la evaluación del residente. Si tenemos en cuenta la naturaleza distinta de las competencias que ha de adquirir a lo largo del periodo de residencia –conocimientos, habilidades y actitudes–, cabe pensar que las herramientas de evaluación no serán las mismas

PSICOTERAPIA BREVE
<ul style="list-style-type: none"> – Habilidades para la selección de pacientes. – Establecer la alianza terapéutica. – Establecer objetivos terapéuticos. – Identificación de afectos en paciente y terapeuta. – Plan terapéutico según el modelo teórico.
PSICOTERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL
<ul style="list-style-type: none"> – Adquisición de conceptos básicos (relación de los pensamientos con la emoción, distorsiones cognitivas, origen de las creencias y su relación con los pensamientos disfuncionales). – Capacidad del residente para el uso de técnicas cognitivas (identificación de pensamientos automáticos, reestructuración cognitiva, solución de problemas, análisis de ventajas-desventajas, modificación de creencias). – Uso de estrategias terapéuticas (organización de actividades, técnicas de relajación, asignación de tareas, desensibilización...). – Utilización de pruebas psicométricas.
PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA
<ul style="list-style-type: none"> – Capacidad para conseguir que el paciente explore su historia personal, patrones de relación, mecanismos de respuesta, miedos, traumas, etc. para entender su problemática actual. – Utilización de la clarificación, la confrontación e interpretación. – Capacidad para manejar aspectos de transferencia, contratransferencia, defensa y resistencia en el curso del tratamiento.
PSICOTERAPIA COMBINADA
<ul style="list-style-type: none"> – Indicaciones de la combinación de psicoterapia y psicofarmacología. – Sinergias y antagonismos de dicha combinación.
PSICOTERAPIA DE APOYO
<ul style="list-style-type: none"> – Habilidades para mejorar la autoestima del paciente, prevenir recurrencias y mejorar las capacidades adaptativas del paciente (atención a pacientes crónicos). – Visión del paciente como un individuo único en su entorno familiar, sociocultural y comunitario. – Detectar comportamientos de riesgo.





para todas ellas, tal y como se señala en la siguiente tabla.


 CONOCIMIENTOS (Saber)	 HABILIDADES (Saber hacer)	 ACTITUDES (Querer hacer)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pruebas objetivas basadas en preguntas de elección múltiple. ✓ Realización de proyectos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Resolución de casos clínicos reales. ✓ Resolución de casos clínicos on line interactivos (Script). ✓ Revisión de historias clínicas realizadas. ✓ Supervisión de tratamientos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Autoevaluación. ✓ Currículo (rotaciones, participación en sesiones clínicas, en investigación-comunicaciones en congresos, artículos..., cursos recibidos e impartidos...).

Estas herramientas, que son sólo una muestra de las posibilidades existentes, suelen ser utilizadas por los tutores más que por los propios residentes. Tutores y residentes asumen que en el proceso de la evaluación el residente es el sujeto pasivo objeto de la misma, cuyo único papel consiste en superar las exigencias que el tutor o el programa establece.

4.1. LA AUTOEVALUACIÓN

 La autoevaluación es un proceso indispensable a lo largo del proceso formativo del residente, ya que es la herramienta que le permite rediseñar y ajustar a sus necesidades su hoja de ruta formativa para lograr alcanzar el nivel de competencias adecuado.

 Con frecuencia sucede que las últimas autoevaluaciones que el residente hace son las que realizó durante el tiempo de preparación del examen MIR. Olvida el residente, y futuro psiquiatra, que la formación y actualización le acompañarán durante toda su carrera profesional, y que la autoevaluación es la herramienta más útil para que éstas sean provechosas.

 El residente deberá interiorizar automáticamente en su proceso formativo personal la autoevaluación periódica de los conocimientos, habilidades y actitudes que va alcanzando. De hecho debería ser la 1ª actitud a alcanzar tal como se señala en la tabla anterior.

El tipo de herramientas a utilizar es muy variado y coincide en gran medida por las utilizadas por los tutores o evaluadores externos. Para la autoevaluación el residente dispone desde los bancos de preguntas objetivas de respuesta múltiple (autoevaluación de conocimientos) hasta la revisión semestral o anual del contenido curricular obtenido (autoevaluación de actitudes), pasando por la resolución de casos clínicos *on line* interactivos (autoevaluación de habilidades) por poner un ejemplo.

En la actualidad nos encontramos en un periodo de pleno desarrollo de plataformas *on line* de autoformación y autoevaluación que facilitan este proceso, aunque desafortunadamente nuestro país está retrasado en este aspecto.

En la siguiente tabla proporcionamos algunas referencias y direcciones de autoformación y autoevaluación que creemos pueden resultar de interés.

HERRAMIENTAS DE AUTOEVALUACIÓN	
BANCOS DE PREGUNTAS OBJETIVAS DE RESPUESTA MÚLTIPLE	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Salazar Vallejo M, Peralta Rodrigo C, Pastor Ruiz J. Formación continuada en fundamentos de Psiquiatría. Autoevaluación razonada. Tomo I y Tomo II. Barcelona: Masson; 2000. ✓ Bourgeois J, Hales R, Young J, Yudofsky S. Board review guide of Psychiatry. Washington: American Psychiatric Publishing; 2009. ✓ Sadock B J, Sadock V A, Levin Z. Study guide and self – examination review in Psichiatria (8th Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007. ✓ Spiegel J, Kenny J. Psychiatry test preparation and review manual. Philadelphia: Elsevier; 2007. ✓ Hales R, Shahrokh N, Schatzberg A, Nemeroff C. Study guide to Psychopharmacology (4th Ed.). Washington: American Psychiatric Publishing; 2009. 	
PLATAFORMAS ON LINE DE AUTOFORMACIÓN Y AUTOEVALUACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Medscape CME (Psychiatry and Mental Health). ✓ APA Online CME. ✓ Practice Guideline CME Courses (APA). ✓ Journal of Life Long Learning in Psychiatry (APA). ✓ Learning Resources (Royal College of Psychiatry). ✓ Continuing Professional Development (The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists). 	<ul style="list-style-type: none"> http://cme.medscape.com/psychiatry http://archive.psych.org/cme/apacme/ http://www.psych.org/MainMenu/EducationCareerDevelopment/LifeLongLearning/PracticeGuidelines.aspx http://www.psych.org/MainMenu/EducationCareerDevelopment/LifeLongLearning/FOCUS.aspx http://www.psychiatrycpd.co.uk/learningmodules.aspx http://www.ranzcp.org/professional-development/developing-professional-skills-and-knowledge.html

CME: Continuous Medical Education; APA: American Psychiatric Association

RECOMENDACIONES CLAVE

En el momento inicial de su periodo de formación el residente ha de preocuparse por conocer adecuadamente cuáles son las competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) que ha de obtener durante la residencia en psiquiatría.

Basándose en el punto anterior ha de elaborar una hoja de ruta formativa personal y dinámica.

Periódicamente debe ir autoevaluando las competencias adquiridas.

Siguiendo los resultados de la autoevaluación debe ir rediseñando y ajustando la hoja de ruta a sus necesidades formativas reales.



5. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Programa oficial de la especialidad de psiquiatría. Orden SCO/2616/2008 de 1 de septiembre. BOE 224 del 16 de septiembre.

World Psychiatric Association. World Psychiatric Association Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry. Yokohama, Japón: WPA. 2002.

UEMS Section and Board of Psychiatry. European framework for competencies in psychiatry. Ljubljana, Slovenia: UEMS. 2009.

Boerger Andrews L, William Burrus J. Core competencies for psychiatric education, teaching, and assessing resident competence. Washington: American Psychiatric Publishing. 2004.

SEMERGEN. Manual de procedimiento del desarrollo profesional continuo. Madrid: SEMERGEN. 2008.

6. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Salazar Vallejo M, Peralta Rodrigo C, Pastor Ruiz J. Formación continuada en fundamentos de psiquiatría. Autoevaluación razonada. Tomos I y II. Barcelona: Masson. 2000.

Bourgeois JA, Hales RE, Young JS, Yudofsky SC. Board review guide of psychiatry. Washington: American Psychiatric Publishing. 2009.

Sadock BJ, Sadock VA, Levin Z. Study guide and self-examination review in psychiatry. 8ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 2007.

Spiegel JC, Kenny JM. Psychiatry test preparation and review manual. Philadelphia: Elsevier. 2007.

Hales RE, Shahrokh NC, Schatzberg AF, Nemeroff CB. Study guide to psychopharmacology. 4ª ed. Washington: American Psychiatric Publishing. 2009.



16. LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS EN PSIQUIATRÍA Y LAS ASOCIACIONES DE FAMILIARES Y USUARIOS



Autoras: Carmen Pradas Guerrero y Yolanda Román Ruiz del Moral

Tutora: María Sánchez de Muniain

Hospital Son Llátzer. Palma de Mallorca

CONCEPTOS ESENCIALES

Las Sociedades Científicas representan a los psiquiatras españoles ante las instituciones y organismos nacionales e internacionales competentes. A su vez, promueven el estudio y desarrollo de la Psiquiatría así como su progreso científico y técnico, asistencial, docente e investigador en todos los niveles y ámbitos de su competencia.

Las asociaciones de residentes de psiquiatría más relevantes son en España la AERP y en Europa la EFPT que luchan por una formación de alta calidad.

Las asociaciones de familiares tienen como objetivo la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y de sus familias, así como la defensa de sus derechos.

1. INTRODUCCIÓN

Este capítulo pretende aportar información acerca de las principales sociedades científicas de psiquiatría, así como de las asociaciones de familiares, en relación a sus objetivos, la posibilidad de afiliación que ofrecen y las ventajas de formar parte de ellas.

Para ello hemos realizado una búsqueda de las sociedades más destacadas, enfatizando las de residentes, para así poder contar con la información necesaria a la hora de tomar la decisión de pertenecer a las mismas.

2. RELACIÓN DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS DE PSIQUIATRÍA DE INTERÉS

Sociedades Científicas:

- Sociedad Española de Psiquiatría.
- Sociedad Española de Psiquiatría Biológica.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.
- Sociedad Española de Psiquiatría Evolutiva.
- Sociedad Española de Psiquiatría Legal.
- Sociedad Española de Medicina Psicosomática.
- Sociedad Española de Neurociencia.
- Sociedad Española de Patología Dual.
- Sociedad Española de Psicogeriatría.
- Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial.
- Socidrogalcohol.
- Sociedad Española para el estudio de los Trastornos de Personalidad.
- World Psychiatric Association.
- Association of European Psychiatrists.
- American Psychiatric Association.
- Asociación Psiquiátrica de América Latina.
- Royal College of Psychiatrists.
- World Federation of Societies of Biological Psychiatry.



3. SOCIEDADES CIENTÍFICAS ESPAÑOLAS MÁS DESTACADAS

3.1. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA (SEP). [WWW.SEPSIQ.ORG]

3.1.1. ¿Cuáles son sus objetivos?

Promover el estudio y desarrollo de la Psiquiatría –con las áreas que le son afines–, así como su progreso científico y técnico, asistencial, docente e investigador en todos los niveles y ámbitos de su competencia.

Fomentar la información y formación psiquiátrica del médico general y participar en la formación del especialista.

Difundir con rigor científico los progresos de esta rama de la medicina.

Contribuir con una labor de investigación y asesoramiento a la solución de los problemas que plantea el perfeccionamiento de la asistencia psiquiátrica en España.

Organizar y fomentar reuniones y encuentros de estudiosos interesados en cuestiones psiquiátricas básicas –científicas, epistemológicas y antropológicas integradoras– cuantas veces sea posible o con motivo de congresos nacionales, internacionales o en foros concretos.

Representar a los psiquiatras españoles en las instituciones, organismos, sociedades, asociaciones, consejos, comisiones, etc. españolas, de la Unión Europea e internacionales que se soliciten y aprueben. La Sociedad Española de Psiquiatría promoverá la creación de grupos de trabajo especializados en distintos ámbitos y con un objetivo definido, siempre que consten de un número suficiente de miembros y un programa de actividades.

3.1.2. ¿Quién puede ser socio?

Los socios numerarios deberán estar en posesión del título español de Doctor o Licenciado en Medicina y del título oficial de Especialista en Psiquiatría de acuerdo con la legislación vigente, así como estar inscritos en el Registro Nacional de Especialistas en Psiquiatría del país donde resida.

Serán socios inscritos los médicos españoles que, encontrándose en periodo de especialización en Psiquiatría, así lo soliciten. Esta categoría tendrá carácter transitorio mientras dure el periodo de formación, pasando automáticamente a ser numerarios con el cumplimiento de los requisitos del artículo anterior.

Podrán ser considerados socios extranjeros los psiquiatras no españoles que, justificando razonadamente su cooperación con los fines de la Sociedad Española de Psiquiatría, así lo soliciten.

La admisión de socios numerarios, inscritos y extranjeros se llevará a cabo mediante solicitud refrendada por dos socios numerarios, aprobada por el Comité Ejecutivo y ratificada por la Asamblea General.

3.1.3. ¿Qué me pueden ofrecer?

Participar en las actividades científicas de la Sociedad y recabar de los órganos de la misma ayuda en defensa de sus derechos en el ámbito de la competencia de aquella.

Tomar parte en cuantas actividades de carácter científico o social organice la entidad.

Hacer uso de la insignia o emblema que la Sociedad cree como distintivo de sus socios.

Poseer un ejemplar de los Estatutos y de cualquier reglamento interno, así como tener conocimiento de los acuerdos adoptados por los órganos de dirección.

Y respecto exclusivamente a los socios numerarios, participar en la gestión directiva, con su voz y voto en la Asamblea General, pudiendo ser elector y elegido para los cargos de los órganos de la entidad.

Relaciones Institucionales: la SEP forma parte de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Cuenta con un representante en la Sección de Psiquiatría de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS) y en las Comisiones Nacionales de la especialidad de psiquiatría.

Premios:

- A los mejores casos clínicos de residentes en psiquiatría.

- Premio al mejor programa de innovación formativa para Residentes de psiquiatría.
- Premio de Excelencia Clínica para Servicios
- Premio a la Trayectoria Profesional.

3.2. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA BIOLÓGICA (SEPB). [WWW.SEPB.ES]

3.2.1. ¿Cuáles son sus objetivos?

Promover el estudio de la conducta humana a través de la Psiquiatría Biológica, ateniéndose a las bases generales del pensamiento científico natural.

Otro fin es la intercomunicación de las actividades y del progreso científico que desarrolla la asociación.

Fomentar el establecimiento de unidades o programas docentes y de investigación dedicados a fortalecer la investigación en España, así como la promoción de la investigación, la docencia y divulgación de los trabajos realizados por sus miembros, a través de órganos de expresión propios o concertándolos con otros medios.

Impulsar y promover la investigación en Salud Mental de nuestro país en el marco del pensamiento científico natural.

3.2.2. ¿Quién puede ser socio?

Poseer el título oficial de especialista en psiquiatría.

Estar inscrito en el Registro Nacional de Especialistas en Psiquiatría del país donde reside.

Haber llevado a cabo trabajos publicados, investigación y/o docencia siguiendo las directrices que desprenden de los fines de la sociedad.

La admisión de socios se llevará a cabo mediante solicitud refrendada por seis socios numerarios, de entre los cuales uno de ellos será un investigador referente o un expresidente, aprobada por una mayoría de dos tercios en el Comité Ejecutivo y ratificada por la Asamblea General.

3.2.3. ¿Qué me pueden ofrecer?

Participar en las actividades científicas de la Sociedad y recabar de los órganos de la misma ayuda en

defensa de sus derechos en el ámbito de la competencia de aquella.

Tomar parte en cuantas actividades de carácter social organice la Sociedad.

Hacer uso de la insignia o emblema que la Sociedad cree como distintivo de sus socios.

Posibilidad de crear unidades y de elaborar programas docentes de investigación en los distintos ámbitos científicos de interés para la Sociedad.

En consonancia con su vocación de promocionar la investigación, la Sociedad ha elaborado un cuadro de Investigadores de Referencia entre los socios, en razón de su acreditada experiencia, actividad docente o de publicaciones u otros méritos profesionales en el ámbito de la investigación. Estos investigadores son tomados como referente tanto para los trabajos, programas o unidades de investigación que emprende la Sociedad, como para terceras entidades.

Proporciona también un cuadro de Jóvenes Investigadores Acreditados e Investigadores Emergentes entre los socios de reciente incorporación a la profesión que se han iniciado en programas de investigación (de la propia Sociedad o de terceros) con el objetivo de facilitar y potenciar su actividad investigadora. Los requisitos para ser Investigador Acreditado serían: Petición previa del interesado. Ser socio de la SEPB o estar en situación de ser aceptado en la próxima Asamblea General. Menos de 45 años. 15 puntos de factor de impacto. Los requisitos para ser Investigador Emergente serían: Petición previa del interesado. Ser socio de la SEPB o estar en situación de ser aceptado en la próxima Asamblea General. Menos de 35 años. 5 puntos de factor de impacto.

Relaciones Institucionales: la SEPB forma parte de la Federación Mundial de Asociaciones de Psiquiatría Biológica.

Premios:

- Premio a los investigadores de referencia.
- Premio a Jóvenes Investigadores Acreditados.
- Premio a los Mejores Pósters en Neurociencias.



- Premio Investigación Clínica en Psiquiatría.
- Premio a las Mejores Tesis Doctorales.
- Premio al Investigador del Año.
- Premio a la Trayectoria en Investigación.
- Premio a Investigadores Emergentes.
- Mejores Pósters en Neuropsicofarmacología.

3.3. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA-PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL (AEN). [WWW.AEN.ES]

3.3.1. ¿Cuáles son sus objetivos?

La Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de la Salud Mental (AEN) tiene como objetivo el desarrollo científico de las ciencias integradas en el campo de la salud mental para mejorar la prevención, el tratamiento, los cuidados, la rehabilitación, la integración y los derechos de las personas que padecen trastornos mentales y sus familiares.

Ser un lugar de encuentro entre profesionales e instituciones y asociaciones civiles que trabajan por la mejora de la calidad asistencial.

Comprometerse con el desarrollo de una ética, un modelo de atención, unos conocimientos, habilidades y técnicas, que den respuesta a las necesidades de la población y defiendan los derechos e integración de los pacientes y sus familias.

Cultivar la independencia frente a las administraciones, partidos políticos e industria farmacéutica para convertirse así en un interlocutor válido y transparente.

El objeto científico abarca campos tan diversos como la psicopatología, las intervenciones psicoterapéuticas, la rehabilitación psicosocial, la salud mental infanto-juvenil, el trabajo social, los cuidados de enfermería, la historia, la calidad de la asistencia, la epidemiología.

Defensa de un modelo de atención público participativo.

Formación e investigación ligadas a la práctica. La culminación del proyecto de la Escuela de Salud Mental de la AEN es fruto del compromiso histórico de la asociación con la formación tanto de los resi-

dentos de psiquiatría, psicología y enfermería como con la formación continuada de los profesionales. Así mismo es interés de la AEN el promover una investigación independiente, plural y que responda tanto a las actuales necesidades del sistema nacional de salud, como al avance de las ciencias que conforman el campo de la salud mental.

3.3.2. ¿Quién puede ser socio?

Podrá ser miembro de la Asociación cualquier profesional de la Salud Mental, sea cual sea su titulación o cualificación profesional, siempre que acredite una vinculación profesional, laboral o administrativa a la Salud Mental.

Dentro de la AEN existe tanto la Asociación de Psicólogos como la Asociación de Psiquiatras con personalidad jurídica propia, de profesionales Médicos Psiquiatras para defender los específicos intereses de dichos profesionales. En la mayoría de las Comunidades Autónomas existe la correspondiente Asociación Autonómica de la AEN.

En la mayoría de las Comunidades Autónomas existe la correspondiente Asociación Autonómica de la AEN. Existe también un inicio de federación estatal de asociaciones de usuarios que responde al acrónimo ASME-Dédalo. Asociación Pro-Salud Mental.

3.3.3. ¿Qué me pueden ofrecer?

Secciones: Reúnen a asociados con intereses comunes en algún campo concreto de la actividad profesional, actualizando sus conocimientos a través de encuentros, jornadas y debates. Actualmente existen 5 secciones: Psicoanálisis, Historia de la Psiquiatría, Infanto-juvenil, Derechos Humanos y la de Rehabilitación.

Grupos de trabajo siguientes: Exclusión social; Formación especializada; Prestaciones y calidad asistencial; GDRs en psiquiatría; Promoción de la salud mental en niños menores de seis años; Promoción de la salud mental en jóvenes y adolescentes; Rehabilitación psicosocial; enfermería en salud mental; Proyecto europeo de estrategias de prevención y promoción de salud mental para hacer frente a la ansiedad y la depresión; Competencias legales de los psicólogos clínicos; Investigación asistencial multi-

céntrica; Hospitales de día; Salud mental y prisiones; Derechos humanos y rehabilitación.

Actividades Científicas. Anualmente se realizan unas Jornadas nacionales, organizadas por una de las asociaciones autonómicas con el apoyo de la Junta y cada tres años un Congreso nacional, donde se debaten aspectos científicos y asistenciales. Las ponencias de los congresos se realizan a propuesta de los socios y son publicadas en la Colección de Estudios de la AEN. Además cada Asociación autonómica realiza sus propias jornadas, congresos y encuentros profesionales.

Relaciones Institucionales: Miembro de la Asociación Mundial de Psiquiatría, de la Federación Mundial de Salud Mental y de Salud Mental Europa (SME-MHE), institución europea representativa de ONGs ante la Unión Europea. Cuenta con un representante en la Sección de Psiquiatría de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS) y en la Comisiones Nacionales de las especialidades de psiquiatría y psicología clínica. A través de sus asociaciones autonómicas mantiene un contacto estrecho con las asociaciones de rehabilitación y de familiares y usuarios y pretende seguir siendo un interlocutor con las administraciones autonómicas y centrales para el adecuado desarrollo de la asistencia.

3.4. FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL (FEPSM). [[HTTP://WWW.FEPSM.ORG](http://www.fepsm.org)]

En octubre del año 2000 la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB) acordaron la creación de esta Fundación. Se trata de una Fundación sin ánimo de lucro, cuyos fines tienen por objeto contribuir al conocimiento, desarrollo y perfeccionamiento de la Psiquiatría y Salud Mental, así como al de sus disciplinas afines, a través de reuniones, publicaciones, actos científicos, desarrollo de investigaciones y cualesquiera otras actividades culturales y científicas.

Esta fundación, convoca Becas para la rotación en el extranjero de Residentes de Psiquiatría del programa MIR de acuerdo con unas bases. Se conceden anualmente unas 20 becas, con una dotación entre 3.000 y 6.000 euros cada una, dependiendo del programa de formación presentado, hasta un total de 120.000

euros para el total de la convocatoria. Pueden optar a ellas todos los residentes de psiquiatría de tercer y cuarto año. Las becas se concederán para estancias de un mínimo de tres meses en centros extranjeros de reconocido prestigio por su actividad investigadora, biomédica y sus publicaciones internacionales, y deberán disfrutarse durante el periodo de rotación libre del citado programa de formación MIR.

4. SOCIEDADES CIENTÍFICAS EXTRANJERAS MÁS DESTACADAS

4.1. WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION. [[WWW.WPANET.ORG](http://www.wpanet.org)]

4.1.1. ¿Cuáles son sus objetivos?

Promover el avance de la psiquiatría y la salud mental a nivel mundial.

Enriquecer los conocimientos y las habilidades necesarias para trabajar en el campo de la salud mental.

Mejorar la atención de los enfermos mentales y preservar sus derechos.

Prevenir los trastornos mentales.

Promover la salud mental.

Velar por el desarrollo y los principios éticos en la atención psiquiátrica, la enseñanza y la investigación.

Promover el desarrollo de calidad en la atención psiquiátrica, la enseñanza y la investigación.

Defender la paridad en la prestación de la atención de los enfermos mentales.

Proteger los derechos de los psiquiatras.

Fomentar la cooperación de sus sociedades miembros.

Facilitar el intercambio internacional de información respecto a los problemas de los trastornos mentales y la salud mental

4.1.2. ¿Quién puede ser socio?

Pueden ser sociedades miembros aquellas Sociedades de Psiquiatría cuyas metas y estándares éti-



cos están en consonancia con los de la WPA, si presentan una solicitud oficial de conformidad con los Estatutos.

Pueden ser aceptadas como asociaciones afiliadas aquellas asociaciones cuyos objetivos están en consonancia con los de la WPA y que no son elegibles como sociedades miembros.

Un psiquiatra cualificado podrá solicitar la afiliación individual Especial de la WPA si él / ella reside en un país que no disponga de una sociedad miembro.

4.1.3. ¿Qué me pueden ofrecer?

Organización de congresos de psiquiatría y otras reuniones científicas sobre asuntos relacionados con los objetivos de la WPA.

Elaboración y distribución de publicaciones.

Elaboración, aplicación y evaluación de programas y materiales educativos.

Desarrollo de un sistema de acreditación médica continuada de educación en colaboración de las sociedades asociadas y otras instituciones pertinentes.

Promoción y realización de la investigación de forma conjunta.

Desarrollo de consenso sobre cuestiones de importancia para la WPA y la psiquiatría.

Grupos de trabajo para tratar cuestiones específicas.

Organización de actividades de educación para médicos, profesionales de la salud mental así como para la población en general.

4.2. THE EUROPEAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (EPA). [WWW.EUROPSY.NET]

4.2.1. ¿Cuáles son sus objetivos?

Mejorar los servicios de atención a los enfermos mentales, así como en el desarrollo de la excelencia profesional.

4.2.2. ¿Quién puede ser socio?

Trabajar como psiquiatra o ser científico del campo de la investigación psiquiátrica.

Ser ciudadano o residente de un país europeo (es decir, un país perteneciente a la Región Europea de la OMS) o tener la licencia para trabajar en un país europeo. No obstante existe la posibilidad de convertirse en miembro de la EPA internacional.

4.2.3. ¿Qué me pueden ofrecer?

Establecer secciones con sus propios comités de dirección enfocadas en las diferentes subespecialidades de la Psiquiatría con la misión de recoger y difundir información, establecer relaciones de trabajo entre los individuos y con diferentes organismos nacionales e internacionales que trabajan en el mismo campo, para lograr una mayor coordinación. Dichas secciones serían: Alcoholismo y las Toxicomanías, Psiquiatría Infantil y Adolescente, Consulta de Psiquiatría de Enlace, Psiquiatría Cultural, Emergencia Psiquiatría, Epidemiología y Psiquiatría Social, Psiquiatría Forense, Geriatric Psychiatry, Neuroimagen, De la Personalidad y Trastornos de la Personalidad, Filosofía y Psiquiatría, Prevención de los Trastornos Mentales, Psicopatología, Psicofarmacología, Psicoterapia, Esquizofrenia, Suicidología y la Prevención del Suicidio, La salud mental femenina.

Programa de jóvenes psiquiatras en el Congreso Europeo de Psiquiatría, organizado por la EPA, participando en simposios especiales, reuniones de hora feliz, cursos interactivos de educación médica continuada, donde los jóvenes profesionales tienen la posibilidad de aprender de los líderes europeos y de comunicarse con ellos de una manera informal.

Se otorgan Premios especiales a los psiquiatras jóvenes. BMS Premio Europeo de Prevención en Psiquiatría, Premios Re búsqueda. Además existe un Programa de Becas.

Asistir al Congreso Europeo de Psiquiatría y otras reuniones de la EPA.

Ampliar las oportunidades de creación de redes a nivel regional, nacional e internacional.

4.3. EUROPEAN UNION OF MEDICAL SPECIALISTS (UEMS). [WWW.UEMS.NET]

4.3.1. ¿Cuáles son sus objetivos?

El estudio, la promoción y armonización de la formación de los médicos especialistas, de la práctica médica y de la atención sanitaria en la Unión Europea.

El estudio y la promoción de la libre circulación de los médicos especialistas dentro de la UE.

La representación del médico especialista ante los Estados miembros de la UE, las autoridades de la misma y de cualquier otra autoridad y/u organización que se ocupen de cuestiones directa o indirectamente relacionadas con la profesión médica, así como cualquier acción que pueda favorecer el logro de los objetivos antes mencionados.

La defensa de los intereses profesionales de los Médicos Especialistas Europeos.

4.3.2. ¿Quién puede ser socio?

Organizaciones nacionales que representan a los médicos especialistas en otros países miembros de la CEE. No obstante aquellos que no sean miembros de la misma si están interesados pueden llegar a ser miembros asociados.

4.3.3. ¿Qué me pueden ofrecer?

Secciones y Salas para cada especialidad médica.

Grupos de trabajo sobre cuestiones de interés para los médicos especialistas a nivel europeo.

Un sistema general de acreditación de la Formación Médica Continuada a nivel europeo.

La organización de seminarios y estudios en el campo de la medicina especializada.

↑ 5. ASOCIACIONES DE RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA

5.1. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA. (AERP) [WWW.ZHETA.COM/USER3/AERP]

Se crea en Marzo del 2001, en una reunión celebrada en el Examen Prite en Valencia. La reunión previa se

había convocado en Octubre 2000 en el Congreso Nacional de la SEP y el debate sobre una Asociación independiente o vinculada a la SEP o AEN retrasó la fundación de nuestra AERP, que finalmente se ha decidido que nazca con independencia, para poder aglutinar a un número mayor de residentes.

5.1.1. ¿Cuáles son sus objetivos?

Proporcionar un foro en el que los residentes podamos informarnos de la diversidad y riqueza de nuestra especialidad como futuros psiquiatras en España.

Valorar los medios para promover y mejorar nuestra propia formación.

Crear una opinión representativa en los cuerpos relevantes de la Psiquiatría a nivel nacional (Comisión Nacional de la Especialidad) y europeo (Federación Europea de Residentes de Psiquiatría: EFPT).

Facilitar el desarrollo de estructuras organizativas, que puedan darle a los residentes de Psiquiatría una voz en los estándares nacionales de formación.

Promover el desarrollo de Asociaciones de residentes a nivel regional.

5.1.2. ¿Quién puede ser socio?

Podrán formar parte de la Asociación aquellos MIR en Psiquiatría que de alguna manera tengan interés por servir los fines de la misma.

Deberán presentar una solicitud por escrito a la Junta Directiva, y ésta resolverá en la primera reunión que se celebre; si el solicitante se ajusta a las condiciones exigidas en los Estatutos, la Junta Directiva no le podrá denegar la admisión.

5.1.3. ¿Qué me pueden ofrecer?

Posibilidad de ser uno de los dos miembros vocales en la Comisión Nacional de la Especialidad, así como de obtener la información tratada en la misma a través de ellos.

Posibilidad de ser uno de los dos miembros que acudirán, en calidad de representantes con voz y voto, a la reunión anual de la EFPT (Federación Europea de Asociaciones de Residentes de Psiquiatría).



Fomentar la organización de actividades docentes que suplementen la formación en la especialidad.

5.2. EUROPEAN FEDERATION OF PSYCHIATRIC TRAINEES (EFPT). [WWW.EFPT.EU]

Surgió en Londres en 1992, donde 16 residentes de psiquiatría de 9 países se reunieron para discutir acerca de la formación en psiquiatría. Se estableció oficialmente en Holanda, en marzo de 1993, como una organización independiente sin ánimo de lucro, buscando la adhesión de todos los países europeos.

5.2.1. ¿Cuáles son sus objetivos?

Promover la formación de alta calidad psiquiátrica en cada país.

Mantener relaciones con otras organizaciones psiquiátricas profesionales europeas.

5.2.2. ¿Quién puede ser socio?

La EFPT es una federación de Asociaciones de Residentes de Psiquiatría por tanto no es posible realizar la solicitud de forma individual, debiendo para ello formar parte previamente de una asociación en su país de origen.

5.2.3. ¿Qué me pueden ofrecer?

Defender las inquietudes e intereses de los residentes de psiquiatría de forma unificada en el territorio europeo así como luchar por la excelencia en la calidad de la formación de la especialidad psiquiátrica.

Para ello dispone en su Web de un cuestionario que se debe realizar on-line. En el mismo está detallado cada uno de los puntos que se consideran imprescindibles para poder obtener una formación adecuada.

6. PÁGINAS WEB DE INTERÉS PARA LOS RESIDENTES EN PSIQUIATRÍA

<http://www.pulso.com/residentes/4.htm>

Página web para médicos internos residentes de psiquiatría. Pretende ser un foro de diálogo destinado

especialmente a todos aquellos médicos en formación en la especialidad de psiquiatría. Su principal objetivo es crear una página web activa, en constante actualización, de forma que todos puedan contribuir añadiendo información que pueda ser importante para la formación del médico interno residente en psiquiatría.

<http://www.trainmed.com/trainmed2/>

Página subvencionada por una industria farmacéutica. Guía de contenidos:

Actualidad MIR: toda la información para estar al día sobre cualquier novedad del sector MIR: noticias, eventos y congresos médicos destacados, conferencias, etc.

Fórmate: material didáctico y oferta de cursos online acreditados por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud. Además, un apartado de becas de investigación y premios.

Miroteca: prácticos casos clínicos, guías clínicas, publicaciones profesionales y un abanico de material multimedia (CD, DVD, online).

Navega: un completo repertorio de links clasificados por ámbitos de interés: Colegios profesionales, Hospitales, Administración Pública, etc.

Vida MIR: además de los aspectos profesionales, SieresMIR dedica también un espacio a la vida personal del médico residente: información para encontrar alojamiento en caso de desplazamientos para realizar la residencia; en el apartado Radiografías se comparten experiencias personales, y en Después del MIR ofertas de trabajo. Por último, en De Guardia contenidos amenos y divertidos para hacer más llevaderas las guardias: sala de lectura, juegos online, blogs, hobbies...

➡ 7. ASOCIACIONES DE FAMILIARES Y USUARIOS

Existen diferentes grupos de asociaciones de familiares y usuarios repartidos por todo el territorio español, en algunos casos con implantación estatal, en otras de ámbito autonómico o local. Ofrecemos a continuación datos de algunas de estas asocia-

ciones, con un abanico de acción que trasciende el ámbito local:

7.1. CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (FEAFES). [WWW.FEAFES.COM]

Es la Confederación Española que agrupa, desde 1983, a las federaciones y asociaciones de personas con enfermedad mental y a sus familiares de todo el territorio nacional. Es la única entidad de ámbito estatal existente en España que representa al movimiento asociativo de familias y personas con enfermedad mental. Sus actividades están abiertas a cualquier persona interesada en la Salud Mental.

FEAFES es miembro fundador de la Federación Europea de Familiares de Personas con Enfermedad Mental (EUFAMI); miembro de la World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders (WFSAD); de la World Federation for Mental Health (WFMH); de Mental Health Europe (MHE); del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), del Patronato de la Fundación ONCE y de la Asociación Española del Pacto Mundial (ASE-PAM).

7.1.1. ¿Cuáles son sus objetivos?

Su misión es la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y de sus familias, la defensa de sus derechos y la representación del movimiento asociativo.

Se define como un movimiento eminentemente reivindicativo que trabaja en los diferentes foros y entidades a los que tiene acceso.

Representar al colectivo de las Personas con Enfermedad Mental y a sus familiares ante los diferentes Órganos Gubernamentales y otras instancias públicas y privadas en relación con su propia y específica problemática.

Defender los intereses del colectivo representado ante los Órganos y Entidades competentes.

Exigir la adecuada atención sanitaria y social de las personas con enfermedad mental y sus familiares,

en favor de su rehabilitación, reinserción social e integración laboral.

Intervenir en los problemas que afecten al colectivo representado y que estén en concordancia con los Estatutos y demás normas que pudieran ser determinadas por los Órganos Directivos.

Promover la sensibilización y mentalización social hacia las personas con enfermedad mental y sus familias, llamando la atención sobre la marginación y discriminación existentes en los aspectos sanitarios, sociales y laborales.

Promover y coordinar las demandas y propuestas del colectivo representado ante los organismos oficiales pertinentes, defendiendo sus legítimos derechos mediante su participación en los órganos planificadores y legisladores en materia de Salud Mental y Servicios Sociales.

Recabar de los poderes públicos leyes que favorezcan los intereses de las personas con enfermedad mental y la de sus familiares, así como de las entidades miembros de FEAFES.

Unificar y coordinar la acción con otras organizaciones, nacionales e internacionales que persigan los mismos fines, con la intención de crear una fuerza integral para la defensa de sus objetivos.

Exigir la creación de servicios alternativos a la hospitalización y el establecimiento de sistemas alternativos y sustitutorios a la familia.

Desarrollar una constante y eficaz información para agrupar a todos los familiares y a las personas con enfermedad mental, con el fin de integrar en un foro común a todo el colectivo.

Promover la información y el intercambio de experiencias entre las Agrupaciones confederadas.

Potenciar el principio de solidaridad entre las agrupaciones confederadas y la sociedad.

Estimular la investigación sobre las enfermedades mentales y la prevención de las mismas.



7.1.2. ¿A quién se dirige?

A las personas con enfermedad mental, así como a todos los familiares, amigos o allegados interesados, así como profesionales del movimiento asociativo.

A todos los profesionales de la Salud, especialmente de Salud Mental, y de los Servicios Sociales no pertenecientes a la red de FEAFES.

A las entidades colaboradoras públicas y privadas, a nivel estatal, autonómico y local. A los medios de comunicación y los profesionales que en ellos trabajan.

A la sociedad en su conjunto; entendiendo que una adecuada y correcta información contribuirá al conocimiento y ayudará a la persona con enfermedad mental en su reintegración social.

7.1.3. ¿Qué ofrece?

Un servicio denominado Centro Español de Información y Formación sobre la Enfermedad Mental (CEIFEM) que procura, desde 1998, dar respuesta al enorme desconocimiento social en torno a la enfermedad mental y las necesidades y expectativas del colectivo. Es el único centro de ámbito estatal en el sector de la Salud Mental que ofrece determinados servicios gratuitos con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y sus familias, contribuyendo a la promoción, prevención y sensibilización sobre la carga e impacto de la enfermedad mental.

7.2. ASOCIACIÓN DE TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (ATOC). [WWW.ASOCIACIONTOC.ORG]

ATOC es una asociación nacional sin ánimo de lucro dedicada a proporcionar apoyo, educación y asesoramiento a personas con TOC, a los miembros de sus familias y a la comunidad de salud mental. La misión de ATOC es difundir la investigación, la comprensión y el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. ATOC nace de la iniciativa de un grupo de profesionales de la Salud Mental con un especial interés y un profundo conocimiento sobre este trastorno tras comprobar el beneficio adicional que supone para pacientes y familiares de éstos, un mayor conocimiento del trastorno y el intercambio de vivencias

y problemas cotidianos relacionados con el TOC a través de reuniones y grupos de terapia.

7.2.1. ¿Cuáles son sus objetivos?

Dar a conocer el Trastorno Obsesivo-Compulsivo a la población para propiciar su detección precoz.

Ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas que padecen este trastorno y facilitar su integración en la sociedad.

Brindar apoyo al enfermo y a su familia.

Fomentar el estudio y la investigación de este trastorno.

Promover la formación para garantizar la atención personalizada que los pacientes requieren.

7.2.2. ¿A quién se dirige?

A personas con TOC, a los miembros de sus familias y a la comunidad de salud mental y a cualquier persona sensibilizada por esta enfermedad.

7.2.3. ¿Qué ofrece?

Atención e información telefónica, facilitación de recursos informativos y asistenciales, conferencias y charlas, y difusión a los medios de comunicación.

Organización de Reuniones Científicas.

Convocatoria anual de un Premio a la Mejor Investigación sobre el TOC.

Promover la formación para garantizar la atención personalizada que los pacientes requieren.

7.3. LA FUNDACIÓN "MUNDO BIPOLAR". [WWW.MUNDOBIPOLAR.ORG]

7.3.1. ¿Cuáles son sus objetivos?

Ayudar a personas afectadas con el Trastorno bipolar y Depresión Unipolar, así como a sus familiares y amigos. El Patronato creado a este respecto está compuesto por representantes de estos colectivos y por profesionales de la salud.

7.3.2. ¿A quién se dirige?

Está dirigida a ayudar a personas afectadas con el Trastorno bipolar y Depresión Unipolar, así como a sus familiares y amigos. El Patronato creado a este respecto está compuesto por representantes de estos colectivos y por profesionales de la salud.

7.3.3. ¿Qué ofrece?

La página web bipolarweb.com, que es el principal proyecto de la Fundación Mundo Bipolar.

Orientación y apoyo personas que sufren el trastorno bipolar, así como a sus familiares, y amigos.

Información médica que publica en su página procedente de fuentes prestigiosas y contrastadas.

7.4. ASOCIACIÓN PRO SALUD MENTAL DE ESPAÑA-DÉDALO. ASME-DÉDALO

Creada en octubre 2009, agrupando usuarios de Salud Mental de todo el Estado Español. Pretende trabajar para la integración plena de las personas que sufren o hayan sufrido problemas de salud mental y articular la voz de este colectivo.

RECOMENDACIONES CLAVE

Formar parte de una sociedad científica puede facilitarnos nuestra práctica asistencial, nuestra labor investigadora, así como las relaciones profesionales con otros países.

El hecho de pertenecer a una asociación de familiares puede suponer un gran apoyo tanto al paciente como a su familia.

8. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

www.sepsiq.org. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría; c2009. Disponible en: <http://www.sepsiq.org/>.

www.sepb.es. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría Biológica; c2008. Disponible en: <http://www.sepb.es/>.

www.aen.es. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. c2009. Disponible en: <http://www.aen.es/>.

www.fepsm.org. Madrid: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. c2009. Disponible en <http://www.fepsm.org/>.

www.zheta.com/user3/aerp. Valencia: Asociación Española de Residentes de psiquiatría. c1997-2005. Disponible en <http://www.zheta.com/user3/aerp>.

9. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

www.efpt.eu. European Federation of Psychiatric Trainees. c2010. Actualizado el 15 de febrero 2010. Disponible en <http://www.efpt.eu/>.

www.wpanet.org. World Psychiatric Association. c1998. Actualizado 15 de febrero 2010. Disponible en <http://www.wpanet.org/>.

www.europsy.net. The European Psychiatric Association. c2009. Disponible en <http://www.europsy.net/>.

www.uems.net. European Union of Medical Specialists. Disponible en <http://www.uems.net/>.

www.feafes.com. Madrid: Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. Disponible en <http://www.feafes.com/>.





17. ASPECTOS ÉTICOS Y MÉDICO-LEGALES. LA RESPONSABILIDAD CIVIL



Autores: Julia Calama Martín, Ana Isabel Hernández Sánchez y Pedro Esperilla Díaz

Tutor: Juan Matías Fernández

Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca

CONCEPTOS ESENCIALES

“Donde está el hombre, está la sociedad; donde está la sociedad, está el derecho”.
Cicerón.

La ignorancia de la ley no excusa su cumplimiento.

Primero no hacer daño, después hacer el bien, siendo justo, respetando al enfermo y no discriminándole.

1. INTRODUCCIÓN

Allá donde hay sociedad, hay derecho. Este aforismo latino expresa de forma sucinta la importancia del capítulo actual. Cualquier sociedad está regulada por un conjunto de normas de distinto tipo que constituyen el ordenamiento jurídico de la misma. Su conocimiento es importante como ciudadanos y más como médicos psiquiatras pues a lo largo de nuestra actividad diaria nos veremos inmersos en situaciones para las que es necesario: valoración de la capacidad, internamiento involuntario, alta voluntaria, consentimiento informado, derecho a la información, imputabilidad, responsabilidad del profesional, prueba pericial, prueba testifical...

De la mayoría de estos aspectos nos ocupamos a continuación, algunos serán tratados en otros capítulos de este libro.

2. ASPECTOS ÉTICOS

La ética trata de la moral y de las obligaciones del ser humano, la deontología médica es el conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta del médico.

Las cuestiones éticas afectan de modo importante a la profesión médica. La ética profesional es una conciliación comprometida entre lo que uno puede, debe y quiere hacer en el ejercicio de su profesión.

Los principios éticos de la medicina son los pilares comunes a la mayor parte de los códigos de deontología profesionales (tablas 1 y 2).

 **Tabla 1. Principales principios éticos médicos**

Principales principios éticos médicos
<i>Primum non nocere</i> (Principio de no maleficencia): primero no dañar.
Principio de beneficencia: procurar el bienestar del paciente.
Principio de justicia: ejercer la profesión de acuerdo con lo que se considera equitativo, debido y justo.
Principio de igualdad: no discriminar a igualdad de condiciones, no estigmatizar por razón de enfermedad.
Principio de confidencialidad: no revelar información salvo en excepciones marcadas.
Principio de autonomía: respetar el autogobierno de la persona salvo en la excepciones marcadas.



Tabla 2. Documentos internacionales sobre ética médica y psiquiatría

Documentos internacionales sobre ética médica y psiquiatría
Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención en salud mental. ONU 1991.
Declaración de Madrid de 1990 de la Asociación Mundial de Psiquiatría, enmendada en 2005, sobre estándares éticos para la práctica psiquiátrica.
La protección de los derechos del hombre y de la dignidad de las personas afectadas por trastornos mentales. Comité de Ministros del Consejo de Europa 2004.
Declaración de salud mental para Europa. Enfrentando desafíos, construyendo soluciones. OMS, 2005 Helsinki.
Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Consejo de Ministros UE. 2005.

Otro aspecto relevante de la cuestión que nos ocupa es el de la regulación normativa y la vigilancia administrativa y legal de los principios y fines éticos y deontológicos de la medicina. En España, en concreto, la Organización Médica Colegial (OMC) es la encargada de velar por el correcto desempeño de la profesión de acuerdo con las normas de deontología médica que han sido recogidas en sucesivas ediciones y revisiones del Código de ética y deontología médica de la OMC.

Por tanto, es necesario, integrar en el ejercicio diario de nuestra profesión como médicos psiquiatras las cuestiones morales, éticas y deontológicas para poder transmitirlo a la sociedad beneficiaria de nuestros servicios.

3. CAPACIDAD CIVIL E INCAPACITACIÓN

La capacidad puede verse afectada por distintas enfermedades tanto de modo permanente como transitorio, pudiendo en ambos casos verse afectada la eficacia jurídica de los actos realizados: testamentos, compraventas, arrendamientos, donaciones, matrimonios...

Es clave papel del psiquiatra a la hora de determinar en que medida el estado mental ha influido o no en la realización del acto y consecuentemente en su validez jurídica (tabla 3).

Tabla 3. Capacidad civil e incapacitación

Capacidad civil e incapacitación
Capacidad jurídica es la aptitud para ser titular de derechos y obligaciones. La tiene el ser humano por el hecho de serlo.
Capacidad de obrar es la aptitud para realizar actos con eficacia jurídica. Se puede restringir en virtud de sentencia judicial.
Son causa de incapacitación las enfermedades físicas o psíquicas de carácter persistente que impiden a la persona el autogobierno.
La incapacitación puede ser total o parcial, y es reversible si cesan las causas que la motivaron.
El procedimiento de incapacitación puede iniciarlo cualquiera que conozca de la existencia de un presunto incapaz. Los funcionarios y autoridades públicas deben ponerlo en conocimiento del fiscal.

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI)

La exigencia del consentimiento informado, se proyecta a todo el ámbito sanitario, incluyendo la especialidad de psiquiatría. El hecho del padecimiento de un trastorno mental, no imposibilita la prestación del consentimiento informado. Habrá que determinar si tiene capacidad para consentir en ese momento y para esa situación y que ese consentimiento lo preste o no tras una información comprensible, suficiente y adecuada a las circunstancias.

El consentimiento ha de ser libre y voluntario. El consentimiento informado se prestará, como norma general, verbalmente y por escrito en algunos supuestos (tablas 4 y 5). La información verbal debe quedar reflejada en la historia.

5. CONFIDENCIALIDAD

A continuación indicamos las excepciones al deber de confidencialidad (tabla 6).

Tabla 4. Consentimiento informado por escrito

Consentimiento informado por escrito
<ul style="list-style-type: none"> ■ Procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasores o que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa. ■ Intervenciones quirúrgicas.

Tabla 5. Excepciones al consentimiento informado

Excepciones al consentimiento informado (circunstancias en las que la normativa nos permite actuar sin dicho consentimiento)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Que el titular renuncie a dicho derecho. ■ Riesgo para la salud pública. ■ Riesgo inmediato o grave para la integridad física o psíquica (consultando familiares o personas vinculadas).

Tabla 6. Excepciones al deber de confidencialidad

Excepciones al deber de confidencialidad
<p>Toda persona tiene derecho al carácter confidencial de los datos referentes a su salud, salvo en las siguientes excepciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Dispensa por parte del titular de la información. ■ Conocimiento de una falta o delito. ■ Riesgo para la salud pública. ■ Enfermedades de declaración obligatoria. ■ Si somos llamados como imputados, testigos o peritos. ■ Ante la comisión deontológica. ■ Si el bien a proteger, violando la confidencialidad, es mayor que el bien protegido por ésta.

Tabla 7. Derecho a la información

Derecho a la información
<ul style="list-style-type: none"> ■ Toda persona tiene derecho a la información relativa a su salud y también a no ser informada. ■ La información será completa, veraz, clara, adecuada y adaptada a las circunstancias. ■ El titular de la misma es el paciente, los a él vinculados serán informados cuando el paciente lo permita o cuando no pueda comprender. ■ El médico puede limitar la información cuando crea que pueda perjudicar a la salud del paciente, haciendo constar lo anterior de modo razonado.

6. DERECHO A LA INFORMACIÓN

Las principales características del derecho a la información, se recogen en la tabla 7.

7. IMPUTABILIDAD

A continuación se destacan las principales características de la imputabilidad (tabla 8).



Tabla 8. Características de la Imputabilidad

Características de la Imputabilidad

- Es la aptitud para responder penalmente de los actos que se realizan o de las omisiones.
- Comprende dos aspectos: entender lo que se hace y discriminar si es justo o no, y posibilidad de actuar libremente y optar por una decisión u otra, es decir: capacidad de entender y querer.
- La simple existencia de un trastorno mental no implica, *per se*, alteración de la imputabilidad; aunque muchos trastornos pueden afectar a la misma.
- Ha de relacionarse con el hecho a valorar.
- La imputabilidad la determina el juez, los médicos solamente asesoramos.

8. LAS PRUEBAS PERICIAL Y TESTIFICAL

En la tabla 9 podemos ver las responsabilidades del testigo y perito.


9. LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

La responsabilidad profesional es la obligación de responder por los actos que se realizan y, en su caso, de las omisiones. Existen requisitos para que exista responsabilidad:

- Obligación de prestar asistencia.
- Producción de un daño.
- Nexo causa-efecto entre acción y daño.
- La acción no se ajusta a la *lex artis*.

En las siguientes tablas se recogen los tipos de responsabilidad profesional (tabla 10), los aspectos específicos de la responsabilidad penal (tabla 11), los comportamientos que pueden generar responsabilidad penal en el ámbito sanitario (tabla 12) y los aspectos específicos de la responsabilidad civil (tabla 13).

10. ASPECTOS MÉDICO-LEGALES PROBLEMÁTICOS FRECUENTES DERIVADOS DE LA ASISTENCIA Y RECOMENDACIONES

-  Suicidio/parasuicidio: está admitido por la jurisprudencia que el suicidio es una conducta previsible pero difícil de evitar; el psiquiatra será responsable cuando la conducta fuera claramente previsible y evitable y la actitud profesio-

nal la no adecuada. Es recomendable anotar en la historia clínica las escalas usadas para valorar el riesgo y la información sobre el mismo dada a paciente y allegados.




-  Fármacos: informar de posibles efectos adversos, interacciones, potencial letalidad y potencial adictivo así como de alternativas. Prescribir aquel que tenga mejor relación coste/beneficio, esté más aceptado por la comunidad científica y acepte el paciente.
- Terapia electroconvulsiva: informar de modo adecuado y recoger el consentimiento por escrito.
- Contención mecánica y química: utilizarla cuando esté indicada y respetando la normativa vigente. Puede generar responsabilidad tanto el abuso como el no usarla cuando sea precisa.
- Pruebas de cribado: la no realización de las mismas para llegar a un adecuado diagnóstico genera responsabilidad si existe daño.
-  Derechos de los enfermos: no respetar fundamentalmente el derecho a la información, a la confidencialidad y al consentimiento libre.
-  Peligrosidad social: la relación enfermedad mental-peligrosidad no se sustenta sobre datos sólidos. No obstante hay determinados trastornos y momentos de algunos de ellos en los que el riesgo es mayor: psicóticos agudos, algunos trastornos de la personalidad y estados de intoxicación o abstinencia por distintos agentes psicotrópicos. Por otro lado, considerar que el mejor predictor de una conducta futura es una conducta pasada. En caso de probabilidad de daños a terceros habría que intentar evitarlos o/y comunicar a la autoridad pertinente.

Tabla 9. Perito y testigo

Perito
<ul style="list-style-type: none"> ■ ➡ Auxilia a la justicia asesorando sobre aspectos concretos en una materia en la que es experto. ■ No es vinculante. ■ ➡ Debe responder a lo que se pregunta, con conclusiones claras y concretas. ■ No está sujeto al secreto profesional. ■ Tiene derecho a honorarios. ■ Materias más frecuentes sobre las que se perita: capacidad civil, incapacitación, custodia de descendencia en casos de separación/divorcio, imputabilidad, actuaciones de otros médicos conforme o no a la <i>lex artis</i>, valorar la existencia de secuelas psíquicas, informar sobre la peligrosidad.
Testigo
<ul style="list-style-type: none"> ■ El auxilio de la justicia se produce al declarar sobre algo que se ha visto, oído o se conoce personalmente y sobre lo que no se tiene por qué ser experto ni tampoco guardar relación con la medicina. ■ En este caso bajo ningún concepto debemos actuar como perito, es decir, no debemos aportar consideraciones científicas o conclusiones técnicas ni efectuar hipótesis o deducciones. ■ Frecuentemente se trata de convertir la prueba testifical en pericial, lo cual ha de exponerse al juez o tribunal. ■ No está sujeto al secreto profesional. ■ Es obligatorio declarar salvo algunas excepciones, como familiares hasta 2º grado. ■ La normativa actual recoge la figura del testigo-perito.

Tabla 10. Tipos de responsabilidad

Tipos de responsabilidad
<ul style="list-style-type: none"> ■ Deontológica o ética: por incumplimiento de la obligación de ajustar nuestros actos al Código Deontológico de la OMC. ■ Administrativa: el incumplimiento de las normas que regulan nuestra relación con la administración, como empleado, deviene en este tipo de responsabilidad y, en su caso, las sanciones disciplinarias previstas. Matizar que hay que oír al interesado, la carga de la prueba recae en la administración y ha de haber proporcionalidad entre infracción y sanción. ■ Penal: toda acción u omisión recogidas como tal en la Ley como generadoras de esta responsabilidad. ■ Civil: obligación de reparar los daños causados de forma antijurídica, puede ser: contractual (nace del incumplimiento de un contrato), extracontractual (nace del deber de no causar daño), o derivada de la responsabilidad penal (el responsable penalmente también lo es civilmente).




Tabla 11. Aspectos específicos de la responsabilidad penal

Aspectos específicos de la responsabilidad penal
<ul style="list-style-type: none">■ Se puede incurrir en ella por dolo (acción intencional), imprudencia (correr más riesgos de los debidos), impericia (falta de conocimientos suficientes) o negligencia (descuido grave).■ En el caso de la responsabilidad penal no dolosa ha de existir un daño por no seguir la <i>lex artis</i> (buen hacer profesional) y una probada relación causa-efecto entre la imprudencia, impericia o negligencia y el daño.■ Ha de valorarse siempre la <i>lex artis ad hoc</i> (en un caso concreto y unas circunstancias concretas).

Tabla 12. Comportamientos que pueden generar responsabilidad penal en el ámbito sanitario

Comportamientos que pueden generar responsabilidad penal en el ámbito sanitario
<ul style="list-style-type: none">■ Muerte con dolo o por imprudencia, impericia o negligencia.■ Lesiones con dolo o por imprudencia, impericia o negligencia.■ Revelar secretos.■ No comunicar delito.■ Falsedad en documento público.■ Omisión del deber del socorro.■ Detenciones ilegales.■ Denegación de auxilio a la justicia.

Tabla 13. Aspectos específicos de la responsabilidad civil

Aspectos específicos de la responsabilidad civil
<ul style="list-style-type: none">■ El contrato entre médico y paciente se establece generalmente de forma tácita, no por escrito.■  La obligación que tenemos es generalmente de medios no de resultados.■ No opera la inversión de la carga de la prueba.■ No hay responsabilidad por error diagnóstico cuando la actuación se ajustó a la <i>lex artis ad hoc</i>.■ Hay que reparar el daño material y el moral.

RECOMENDACIONES CLAVE

La ignorancia de la ley no excusa su cumplimiento.

Los principios éticos de la medicina son los pilares comunes a la mayor parte de los códigos de deontología profesionales, resumidamente son: no maleficencia, beneficencia, justicia, igualdad, confidencialidad y autonomía.

El consentimiento informado ha de ser libre y voluntario tras una información comprensible, suficiente y adecuada a las circunstancias.

Toda persona tiene derecho al carácter confidencial de los datos referentes a su salud, salvo excepciones.

Toda persona tiene derecho a la información relativa a su salud.

La simple existencia de un trastorno mental no implica, *per se*, alteración de la imputabilidad; aunque muchos trastornos pueden afectar a la misma.

La responsabilidad profesional es la obligación de responder por los actos que se realizan y, en su caso, de las omisiones. Tipos: deontológica o ética, administrativa, penal y civil.

Situaciones derivadas de la asistencia que con más frecuencia generan problemática médico-legal: suicidio/parasuicidio, fármacos, terapia electroconvulsiva, contención mecánica y química, pruebas de cribado, derechos de los enfermos y peligrosidad social.

11. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Torres González F. Salud mental, ética y derecho. En: Palomo T, Jiménez-Arriero MA (eds.). Manual de psiquiatría. Madrid: Ene Life Publicidad S.A. 2009.

Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C. Tratado de psiquiatría. Volumen II. Cap. 152. Barcelona: Ars Médica. 2005.

Declaración de Madrid de 1990 de la Asociación Mundial de Psiquiatría, enmendada en 2005, sobre estándares éticos para la práctica psiquiátrica. Disponible en: <http://www.wpanet.org/content/madrid-ethic-spanish.shtml>

Fuertes Rocañín JC, Cabrera Forneiro J, de la Gándara Marín J. La salud mental en los tribunales. Madrid: Arán Ediciones. 2004.

12. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Almenta Hernández E, González Salvador T. Cuestiones sobre psiquiatría legal. Madrid: Luzán 5 S.A. Ediciones. 2008.

Otero Pérez FJ. Psiquiatría y Ley. Guía para la práctica clínica. Madrid: Editores Médicos S.A. 2008.

Ley Básica Reguladora de la de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002, de 14 de noviembre (BOE).

Arechederra Aranzadi JJ. El psiquiatra ante la ley. Madrid: You-Us S.A. 2004.





18. EL ESTIGMA EN SALUD MENTAL



Autoras: Maeva Fernández Guardiola y Pilar Elías Villanueva
Tutor: Antonio Tarí
Hospital Royo Villanova. Zaragoza

CONCEPTOS ESENCIALES

Este capítulo consiste en una aproximación al tema del estigma, como uno de los fenómenos importantes en el proceso de recuperación del paciente. El estigma no es solo un fenómeno social, sino que tiene amplias repercusiones en los ámbitos asistenciales, y cuya comprensión es esencial para la intervención a diferentes niveles.

1. INTRODUCCIÓN AL CONCEPTO DEL ESTIGMA

↑ Con el término “estigma” hacemos referencia a un conjunto de actitudes, generalmente negativas, que un grupo social mantiene con otros grupos minoritarios, en virtud de que éstos presentan algún tipo de rasgo diferencial o “marca” que permite identificarlos, creando en la conciencia social un estereotipo negativo hacia la persona que lo posee.

Nos enfrentamos, por tanto, a diferentes problemas en salud mental que podríamos clasificarlos en dos tipos:

- Los derivados directamente de la enfermedad mental, que suelen ser episódicos o intermitentes y susceptibles de intervenciones de efectividad creciente.
- Los problemas relacionados con el estigma que, paradójicamente, suelen ser más permanentes y constantes, además de resistentes a la intervención o cualquier tipo de cambio.

➡ Los conocimientos actuales sobre el estigma nos permiten afirmar, razonablemente, que:

- Es un fenómeno probablemente universal, relacionado con los mecanismos habituales del

conocimiento y la dinámica social (categorización social, función defensiva y de cohesión de la mayoría, permite identificar individuos...).

- Tiene componentes personales cognitivos, emocionales y conductuales, además de aspectos estructurales que, aunque se dan unidos, tienen dinámicas, efectos causales y condiciones de “vulnerabilidad” propios.
- Funciona sobre personas y grupos concretos, a través de un proceso de estigmatización, con resultados negativos en términos de discriminación y siempre sobre la base de situaciones de asimetría de poder.
- Existen una serie de factores que parecen contribuir al desarrollo y/o refuerzo del estigma social de los enfermos mentales.
- Desde una perspectiva psico-sociológica hay diferentes estrategias de lucha contra el estigma, de utilidad diversa, como: la protesta, la educación y el contacto social.
- Todavía quedan muchos aspectos que necesitan ser explorados con metodología rigurosa, para completar el conocimiento del problema así como la valoración de estrategias y procedimientos de intervención.



2. EL ESTIGMA EN LA ENFERMEDAD MENTAL

2.1. BREVE REFERENCIA HISTÓRICA

▶ En los años 50-60 del siglo XX, con la aparición de los movimientos alternativos a la reclusión institucional de los enfermos mentales, se empieza a generar un interés creciente por la integración social de estos enfermos, así como una preocupación por las actitudes sociales negativas hacia ellos, sobre todo con los que padecen trastornos graves. En los últimos 15 ó 20 años se han desarrollado un conjunto de conocimientos derivados de la investigación multidisciplinar sobre el estigma (desde la psicología, sociología, psicología social y psiquiatría), intentando explicar tanto los mecanismos básicos de este complejo fenómeno social como sus consecuencias sobre las personas afectadas, sus familiares y los sistemas de atención; así como las distintas intervenciones que, con diferente grado de éxito, se vienen aplicando y que debemos conocer para una práctica clínica de calidad.

2.2. ESTIGMA INTERNO Y ESTIGMA EXTERNO

▲ El proceso de estigmatización se produce no sólo en el ámbito externo o social sino también en el ámbito interno, lo que se denomina “autoestigmatización”.

Por ello, muchos pacientes suelen manifestar actitudes similares a las de la población general, asumiendo los estereotipos de peligrosidad, incapacidad de manejo e incurabilidad, entre otros, añadiendo los propios efectos de la enfermedad.

Esta autoestigmatización les produce las siguientes consecuencias:

- Sentimiento de vergüenza.
- Desmoralización y disminución de la autoestima.
- Propensión al aislamiento.
- Dificultad para la petición de ayuda.
- Estrés que aumenta el riesgo de recaídas e incluso el de suicidio.

Pero no en todos los casos las personas afectadas reaccionan interiorizando las actitudes prevalentes.

Desde el análisis psicológico y sociológico se refieren también otros dos tipos de respuestas alternativas: la indiferencia y la autoafirmación.

Esto significa que la respuesta no sólo depende del análisis que la persona afectada hace internamente de la situación, sino también del contexto social y sobre todo del apoyo institucional y social y de los grupos de referencia con que cuenta.

▶ En cuanto al estigma externo, podemos identificar una serie de actitudes sociales vinculadas al mismo:

- “Estereotipos”: conjunto de creencias, en gran parte erróneas, que la mayoría de la población mantiene en relación con un determinado grupo social y que condicionan (sesgan) en gran medida la percepción, el recuerdo y la valoración de las características y conductas de los miembros de dicho grupo.
- “Prejuicios”: predisposiciones emocionales, habitualmente negativas, que la mayoría experimenta con respecto a los miembros de un grupo cuyas características están sujetas a creencias estereotipadas.
- “Discriminación”: propensión a desarrollar acciones positivas o negativas, habitualmente medidas en términos de distancia social deseada hacia dichos miembros.

▶ Además existen unos factores que contribuyen al desarrollo y/o refuerzo del estigma social:

- Las conductas extrañas de los enfermos que se relacionan con los síntomas de la enfermedad, con los efectos de los fármacos y con las condiciones de vida de los enfermos, en parte derivadas de una deficiente atención.
- El propio diagnóstico y uso de los servicios especializados de salud mental que los identifican como pacientes “diferentes”.
- Los episodios de violencia que, ocasionalmente, comenten una minoría de estas personas.
- Las imágenes difundidas desde los medios de comunicación que distorsionan y magnifican algunos de estos problemas publicando, generalmente, noticias negativas.

- Los servicios tradicionales de salud mental (hospitales psiquiátricos) separados del resto de servicios sanitarios y basados en lógicas de exclusión y defensa sociales.
- Algunas conductas profesionales, tanto en sectores sanitarios como no sanitarios, incluidos los propios servicios de salud mental.

➤ En cuanto al “proceso de estigmatización” se constituye a través de un conjunto de pasos o etapas más o menos sucesivas:

- “Etiquetado”: es la identificación de una determinada diferencia o “marca” que afecta a un grupo de personas.
- “Estereotipos”: son la asociación de las personas etiquetadas con características desagradables, en función de creencias culturales prevalentes.
- “Separación, distancia social”: supone la consideración de grupo diferente y a parte (“ellos” y “nosotros”).
- “Repercusiones emocionales”: tanto para quien estigmatiza (miedo, ansiedad, irritación, compasión, etc.) como para la persona estigmatizada (miedo, ansiedad, vergüenza, etc.), con frecuencia menospreciadas pero de gran trascendencia en el proceso y en las consecuencias sobre la conducta de los que la sufren.
- “Pérdida de estatus y discriminación” percibida por las personas o grupos estigmatizados.
- “Discriminación estructural”: derivada de los factores o dimensiones estructurales que tienen que ver con asimetrías de poder, sin las cuales el proceso no funciona o, al menos, no con la misma intensidad o con las mismas consecuencias para las personas afectadas.
- “Conductas de respuesta”: el conjunto de actitudes sociales negativas hacia los enfermos mentales, restringe sus derechos y oportunidades funcionando como una barrera al acceso a una vida social plena y a los servicios de ayuda que necesitan. Además, generan conductas de evitación, produciendo todo ello desagradables y nocivas repercusiones sobre la autoestima y la conducta personal y social de estos enfermos.

Las actitudes sociales hacia los enfermos mentales, aunque sobre un fondo negativo común bastante generalizado, pueden ser variables en función de:

- Las distintas enfermedades y problemas concretos.
- Los diferentes contextos sociales y culturales en los que se desarrollan.
- Algunas características individuales de las personas que las expresan y sobre las que se obtienen mediciones empíricas para los estudios psicológicos y sociológicos.

El estigma social se manifiesta también de manera diferenciada en función de algunas variables personales. Las actitudes suelen ser menos negativas en personas más jóvenes, con mayor nivel cultural y, especialmente, con mayor conocimiento directo y contacto personal con algún enfermo mental.

➤ Los contenidos cognitivos (estereotipos) más frecuentemente expresados sobre las personas con enfermedad mental grave, al menos en las sociedades occidentales, suelen ser:

- Peligrosidad.
- Extrañeza e impredecibilidad.
- Dificultad de relación.
- Creencia de incurabilidad.
- Un grado variable de atribución de responsabilidad y “culpa” sobre lo que les ocurre.

Asociados a estas ideas se encuentran los sentimientos (prejuicios) de: miedo, rechazo, desconfianza y compasión aunque siempre manteniendo la distancia.

Consecuentemente, se genera la predisposición a disminuir los contactos sociales (distancia social) mediante:

- El rechazo: con la consideración de que las personas que padecen enfermedades mentales graves, por ejemplo esquizofrenia, “son” esquizofrénicos y no que padecen esquizofrenia.
- El asilamiento y distanciamiento (ellos ←→ nosotros).



- La recomendación de los tratamientos coercitivos.
- La reclusión institucional.

Aunque el origen de la estigmatización puede tener una cierta base de realidad, los estereotipos la exageran y la distorsionan parcialmente, pero no la inventan; por ello, se utiliza para justificar reacciones sociales en parte defensivas, aunque su origen sea más complejo.

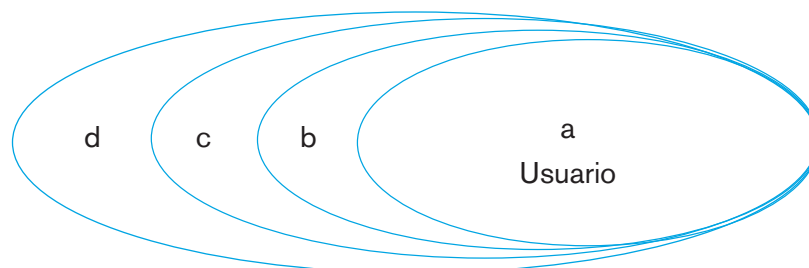
Hay que señalar que estos contenidos no sólo se encuentran en la población general, sino que también aparecen, aunque con evidentes matices, entre profesionales sanitarios incluso entre algunos de los que trabajan específicamente en salud mental, lo que nos indica la importancia del problema y su difícil solución.

3. EL ESTIGMA DESDE LA TEORÍA DE LOS ÁMBITOS

↑ Nos parece útil didácticamente utilizar como instrumento clínico para pensar sobre el estigma y en intervenciones encaminadas a reducirlo el esquema de la teoría de los ámbitos de Bleger (figura 1).

Bleger define "Ámbito" como la extensión o amplitud con la cual se estudia un fenómeno conductual. Extensión o amplitud particular en que los fenómenos son abarcados, para su estudio o actividad profesional.

↑ Figura 1. Ámbitos de Bleger



- a) Ámbito psicossocial.
- b) Ámbito sociodinámico.
- c) Ámbito institucional.
- d) Ámbito comunitario.

Bleger distingue cuatro tipos de ámbito en el estudio de la conducta:

- **Ámbito psicossocial (individual).**
El estudio se centra sobre la observación en el sujeto de la representación interna de los otros y de su sí mismo.
- **Ámbito sociodinámico.**
El estudio se centra sobre el grupo como unidad y no sobre cada uno de los individuos que lo integran, como en el caso precedente.
- **Ámbito institucional.**
El estudio se centra en las relaciones de los grupos entre sí y las instituciones que los rigen. La Institución sería una "Organización de carácter público o semipúblico que supone un cuerpo directivo y ordinario de un edificio o establecimiento físico de alguna índole, destinada a servir a algún fin socialmente reconocido y autorizado".
- **Ámbito comunitario.**
Estudia las relaciones entre varias instituciones implicadas en el proceso (educativo, terapéutico, asistencial...); la imagen social respecto al proceso (educativo, terapéutico...), el juego entre la oferta y la demanda, etc.

➡ Dejamos como ejercicio el poder profundizar en la conducta de estigmatización desde la teoría de

los ámbitos, solo a modo de ejemplo subrayamos los siguientes aspectos:

- Pensar como el ámbito psicosocial (individual) puede ser el ámbito de observación de lo que se denomina autoestigma o estigma interno.
- O como se producen los efectos estigmatizantes en el ámbito grupal (sociodinámico) familiar donde pueden producir mecanismos de segregación y de depositación de todo lo negativo.
- Como en el ámbito institucional se dan estos procesos de estigmatización del enfermo mental, empezando por las instituciones asistenciales con sus discursos cosificadores, catastrofistas y el abandono de cualquier esperanza terapéutica... continuando con instituciones laborales, educativas, etc.

- O la importancia de las representaciones sociales comunitarias sobre la imagen peligrosa, improductiva, infantilizadora de los enfermos mentales. Y como este imaginario ha influido en los tipos de tratamiento custodiales que estos pacientes han ido recibiendo a lo largo de la historia y en muchos casos aún reciben.

Para finalizar decir que para Bleger la producción e integración de la conducta se realiza por la interacción dinámica de los cuatro ámbitos.

RECOMENDACIONES CLAVE

Preguntarse ante cada situación clínica como el estigma puede estar influyendo en el proceso de recuperación del paciente.

Discriminar y objetivar en el discurso del paciente aquellas manifestaciones reveladoras del autoestigma o estigma interno, favorecer la conversación sobre ellas potencia la alianza terapéutica.

Ante cada paciente o situación clínica recorrer mentalmente con el esquema de la teoría de los ámbitos a fin de resaltar los factores que contribuyan a la estigmatización.

Hacer hipótesis de intervenciones en los cuatro ámbitos de la conducta en el abordaje del paciente.



4. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2008;28:43-83.

Bleger J. *Psicohigiene y psicología institucional*. Ed. Paidós. 1984.

Bleger J. *Psicología de la conducta*. Euddeba. 1963.

5. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Gofman E. *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu. 1970.

Gofman E. *Internados*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu. 1972.

Arnáiz A, Uriarte JJ. *Estigma y enfermedad mental*. *Norte de Salud Mental* 2006;26:49-59.

Rüsch N, Mathias C, Angermeyer. *El estigma de la enfermedad mental: Conceptos, consecuencias e iniciativas para reducirlo*. *Eur Psychiatry (ed. Esp.)* 2006;13:165-76.

Carozza P. *Principi di riabilitazione psichiatrica*. Milano: Ed. Franco Angeli. 2006.

Deegan P. *The independent living movement and people with psychiatric disabilities: taking back control over our own lives*. *Psychosoc Rehab J* 1992;15:3-19.



19. TÉCNICAS COMUNES DE EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO



Autores: **Esperanza Bosch Casañas** y **José M^a Martín Jiménez**

Tutor: **Rafael Touriño González**

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria

CONCEPTOS ESENCIALES

Despistaje de organicidad: características que sugieren patología orgánica.

Importancia de realizar una buena exploración física y neurológica.

Selección de las pruebas de laboratorio y técnicas de neuroimagen necesarias.

1. INTRODUCCIÓN

↑ Gran cantidad de síntomas en psiquiatría pueden deberse a una enfermedad orgánica subyacente, o al abuso/abstinencia de sustancias, y por ello debe realizarse una exploración física general y neurológica, además de ciertas pruebas complementarias, especialmente en el momento del diagnóstico. Asimismo, debe tenerse en cuenta que el uso de determinados tratamientos requiere la monitorización de parámetros físicos, analíticos y/o de imagen. Tampoco debemos olvidar que los pacientes psiquiátricos pueden presentar otras patologías orgánicas concurrentes.

Se hace necesario mencionar que en psiquiatría no existen pruebas complementarias diagnósticas *per se*, y toda prueba a realizar debe estar fundamentada en una sospecha clínica (tras anamnesis y exploración adecuadas), evitando indicar pruebas de manera indiscriminada.

➡ Para orientarnos en las pruebas a realizar y saber en qué casos debemos buscar más exhaustivamente patología orgánica, pueden orientarnos una serie de características:

- Aparición de síntomas psiquiátricos después de los 40 años, sin antecedentes previos.

- Comorbilidad o antecedentes de una enfermedad orgánica grave.
- Consumo de fármacos con efectos psicotrópicos, polifarmacia.
- Abuso/dependencia de sustancias.
- Antecedentes familiares de enfermedad cerebral degenerativa o metabólica hereditarias.
- Presencia de alteración del nivel de conciencia, fluctuación del estado mental, deterioro cognitivo, alucinaciones visuales, táctiles u olfatorias.
- Focalidad neurológica, signos de disfunción subcortical difusa o disfunción cortical.

2. EXPLORACIÓN FÍSICA Y NEUROLÓGICA

➡ A todo paciente, psiquiátrico o no, se le debe realizar una exploración física general, adquiriendo en psiquiatría una especial relevancia la exploración neurológica. Se exponen en la tabla 1 los elementos básicos que debe contener dicha exploración.

3. PRUEBAS NEUROENDOCRINAS

➡ Numerosos estados psicopatológicos han sido asociados con disfunciones neuroendocrinas, por lo



Tabla 1. Exploración neurológica

Actitud general, postura y marcha	Actitud en reposo.	Pares craneales	I. N. Olfatorio.
	Marcha espontánea y giro.		II. N. Óptico.
	Marcha en tándem.		III. N. Oculomotor común.
	Prueba de Romberg.		IV. N. Troclear o patético.
Sistema motor (Evaluar en las cuatro extremidades, tanto a nivel proximal como distal).	Tono.		V. N. Trigémino.
	Fuerza.		VI. N. Oculomotor externo.
	Reflejos osteotendinosos.		VII. N. Facial.
	Reflejos patológicos.		VIII. N. Estatoacústico
	Coordinación.		IX. N. Glosofaríngeo.
	Masas musculares.		X. Vago.
Sensibilidad	Superficial.		XI. N. Espinal.
	Profunda.		XII. N. Hipogloso.

que ante el inicio de prácticamente todos los trastornos mentales relevantes es esencial solicitar pruebas de función endocrina.

3.1. FUNCIÓN TIROIDEA

La determinación de TSH es la prueba diagnóstica inicial de la disfunción tiroidea. La alteración de los valores de TSH exige su confirmación y determinación con T_4 libre. La determinación de T_3 sólo está indicada si se sospecha hipertiroidismo por T_3 . Es importante tener en cuenta que en los tratamientos con litio hay que monitorizar la función tiroidea, pues existe el riesgo de inducir hipotiroidismo.

3.2. PRUEBAS DE FUNCIÓN SUPRARRENAL

Aunque no está incluida su determinación en la analítica de rutina de los pacientes psiquiátricos, debe estudiarse el cortisol plasmático total y/o el cortisol libre en orina de 24 horas ante la sospecha clínica de enfermedad de Cushing o Addison.

3.3. GLUCEMIA (CAPILAR)

Su valoración es muy sencilla y de gran utilidad, ya que la hiperglucemia puede asociarse a ansiedad y cuadros confusionales, mientras que la hipoglucemia puede manifestarse como cuadros depresivos, ansiedad, crisis de angustia y agitación, *delirium* e incluso coma. En diabéticos con síntomas psiquiátricos es

obligado el control regular de la glucemia. Se debe tener en cuenta que algunos antipsicóticos atípicos pueden elevar sus niveles.

3.4. HORMONA ANTIDIURÉTICA (ADH)

Existen dos síndromes donde la hormona antidiurética es la protagonista:

- La diabetes insípida es un síndrome caracterizado por la excreción anómala de grandes volúmenes de orina diluida (diuresis superior a 3 litros en 24 h), y una osmolaridad urinaria inferior a 300 mOsm/l en ausencia de glucosuria. Puede ser de origen central, debido a bajos niveles de la hormona ADH, o de origen nefrogénico o periférico, por desensibilización de los túbulos renales a la ADH, siendo el tratamiento con litio una de sus causas principales.
- ➡ El síndrome de secreción inadecuada de ADH se caracteriza por una hiponatremia hipotónica secundaria a una retención excesiva de líquidos motivada por la ADH (niveles detectables o elevados, cuando ante la hipoosmolaridad, su secreción debiera estar suprimida). Esta situación es relevante en psiquiatría dado que la hiponatremia puede asociarse con cambios del estado mental y por ser causa frecuente la administración de psicofármacos (antidepresivos tricíclicos, carbamazepina, fenotiazinas...).

3.5. SECRECIÓN DE PROLACTINA (PRL)

Aunque son múltiples las causas de hiperprolactinemia, en la práctica psiquiátrica suele producirse en respuesta a la administración de metadona y neurolepticos fundamentalmente. Es necesario realizar varias determinaciones en situación basal para establecer el diagnóstico de hiperprolactinemia (PRL > 5 µg/l). No existe ninguna prueba que permita discriminar entre las diversas causas de hiperprolactinemia.

4. PRUEBAS HEMATOLÓGICAS

Con el hemograma completo (recuento de las tres líneas celulares, fórmula leucocitaria, hematocrito, hemoglobina, índices eritrocitarios y frotis de sangre periférica) y la bioquímica sanguínea (niveles de ácido fólico y vitamina B₁₂) se criban problemas médicos frecuentes que pueden simular trastornos psiquiátricos.

➔ En el alcoholismo, un volumen corpuscular medio elevado aconseja determinar vitamina B12 y ácido fólico. Su déficit puede cursar desde con fatiga, irritabilidad o alteraciones de la memoria, hasta con *delirium*, psicosis y demencia en casos evolucionados. La anemia ferropénica puede manifestarse como astenia o con sintomatología depresiva franca.

⬆ El recuento leucocitario permite evaluar la presencia de infecciones (leucocitosis o leucopenia en función del agente infeccioso); la fórmula leucocitaria puede alterarse también por el empleo de psicofármacos, así la carbamacepina o especialmente la clozapina pueden producir agranulocitosis (obliga a vigilar periódicamente) y el litio, una leucocitosis leve o moderada. Respecto al recuento de plaquetas, puede hallarse disminuido en pacientes tratados con fenotiacinas, carbamacepina o clozapina.

5. BIOQUÍMICA

5.1. IONOGRAMA

Las alteraciones electrolíticas pueden manifestarse en forma de diversos síntomas neuropsiquiátricos, aunque también pueden ser consecuencia de las alteraciones derivadas de ciertos trastornos (hábitos de purga en bulímicos, vómitos psicógenos...). Por

ello, se recomienda determinar los niveles de sodio, potasio, cloro, calcio (corregir con los niveles de proteínas plasmáticas o albúmina), bicarbonato y fósforo séricos. En presencia de alteraciones en el nivel de consciencia, se recomienda determinar niveles plasmáticos de amonio ante el riesgo de encefalopatía hiperamoniémica, especialmente si el paciente está en tratamiento con valproato.

5.2. FUNCIÓN RENAL

Las pruebas de función renal (nitrógeno ureico, creatinina, aclaramiento de creatinina) son necesarias ante la sospecha de insuficiencia renal como causa del estado psicopatológico, o de toxicidad renal por litio u otros fármacos.

5.3. ANÁLISIS SISTEMÁTICO DE ORINA

Los análisis de orina se emplean ante la sospecha de ciertos trastornos mentales orgánicos, con el fin de descartar infecciones urinarias, insuficiencia renal, porfiria o cetoacidosis diabética.

5.4. FUNCIÓN HEPÁTICA

Deben realizarse siempre ante la sospecha de enfermedad hepática (hepatitis, alcoholismo o enfermedad del tracto biliar) y ante el uso de fármacos con metabolismo hepático.

- La alanina aminotransferasa (ALT o GPT) es de especial utilidad en el diagnóstico y seguimiento de las hepatitis víricas e inducidas por fármacos.
- La aspartato aminotransferasa (AST o GOT) es útil como marcador de hepatopatía enólica (GOT > GPT) y en las hepatitis secundarias a fármacos.
- La gamma-glutamiltanspeptidasa (γ-GT) se eleva aisladamente por inducción enzimática en el abuso de alcohol, siendo un buen indicador para confirmar historia de enolismo.

5.5. OTRAS PRUEBAS

- ⬆ La creatinfosfocinasa (CPK) se eleva en aquellas condiciones que cursan con rigidez y daño muscular importantes, en pacientes con-



tencionados, y especialmente en el Síndrome neuroléptico maligno, por lo que debe evaluarse ante su sospecha. La amilasa se utiliza para la evaluación de trastornos pancreáticos, aunque también se secreta por las glándulas salivares, pudiendo utilizarse para la monitorización de vómitos en pacientes con bulimia nerviosa, junto el bicarbonato sérico o el cloro. Asimismo, debe evaluarse periódicamente en los pacientes tratados con ácido valproico.

- Los niveles de proteínas totales y albúmina son útiles para conocer el estado nutricional del paciente, que suelen ser bajos en pacientes con anorexia nerviosa grave o depresión. Dado que la mayoría de psicofármacos se transportan en sangre unidos a proteínas plasmáticas, la disminución de sus niveles puede ocasionar mayor sensibilidad del paciente a dosis convencionales del fármaco y favorecer la aparición de cuadros confusionales (especialmente en pacientes ancianos o con demencia).
- En pacientes psicóticos jóvenes con un trastorno motor deben solicitarse los niveles séricos y urinarios de cobre y ceruloplasmina para descartar una enfermedad de Wilson.
- Ante cuadros atípicos y antecedentes familiares, debe realizarse la determinación del porfobilinógeno y el ácido aminolevulínico en orina de 24 horas para descartar una porfiria aguda intermitente.

6. PRUEBAS INMUNOLÓGICAS


- ➡ La serología VIH debe realizarse siempre en pacientes con riesgo para esta enfermedad, debiendo sospecharse en disfunciones del SNC de causa no aclarada (aún en ausencia de signos o síntomas de SIDA o complejo asociado al SIDA) y, especialmente, cuando la enfermedad psiquiátrica se acompaña de clínica sugestiva (p. ej. linfadenopatía). Hay que tener en cuenta que los anticuerpos anti-VIH suelen detectarse entre las tres semanas y los tres meses tras la exposición al VIH.
- Las hepatitis víricas se han asociado a una variada sintomatología psiquiátrica (incluyen depresión, astenia, ansiedad y psicosis). Es por ello por lo que debe descartarse dicho origen cuando la clínica psiquiátrica se presenta junto

a alteraciones de las pruebas hepáticas, especialmente de la alanina aminotransferasa (ALT), mediante su determinación serológica.

- ➡ La serología luética es de obligada aplicación en aquellos pacientes con antecedentes de enfermedades de transmisión sexual o de conductas de riesgo y sintomatología psiquiátrica, especialmente en primeros episodios de psicosis, debiendo realizarse en primer lugar pruebas no treponémicas (VDRL o RPR), y luego confirmar con las treponémicas (FTA absorbido). Ante la sospecha clínica de neurosífilis debe realizarse el estudio del LCR, ya que tanto las pruebas no treponémicas como las treponémicas pueden ser falsamente negativas en hasta el 30% y el 5% respectivamente.
- La mononucleosis infecciosa se ha asociado a una gran variedad de síntomas y cuadros psiquiátricos, así como el citomegalovirus, la enfermedad de Lyme (*Borrelia burgdorferi*) y la brucelosis, por lo que deben descartarse como su causa.
- Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y otras conectivopatías: Los dos procesos autoinmunes que más comúnmente cursan con síntomas psiquiátricos (cambios de la personalidad, trastornos afectivos, psicosis, delirium o demencia) son el LES (incluir para su diagnóstico los anticuerpos antinucleares séricos ANA y los anticuerpos anti-ADN) y los síndromes paraneoplásicos.

7. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS ADICIONALES


- La radiografía de tórax debe emplearse en la evaluación de pacientes con potenciales enfermedades cardiopulmonares (neumonía, insuficiencia cardíaca congestiva) que pueden afectar negativamente a la función mental, así como prueba de rutina previa al tratamiento con TEC.
- El electrocardiograma se utiliza como parte de la evaluación de una posible disfunción cardíaca, en la monitorización de posibles efectos indeseables cardíacos de determinados psicofármacos (antidepresivos tricíclicos, neurolépticos y anticonvulsivantes) y en el protocolo de evaluación de TEC.

-  La prueba de embarazo con gonadotropina coriónica permite su descarte previo al iniciar tratamiento con psicofármacos que puedan producir malformaciones congénitas. De manera urgente, puede utilizarse mediante análisis de orina.
- Gasometría arterial basal (GAB): son múltiples los procesos donde la valoración puede ser de utilidad para descartar origen orgánico de síntomas ansiosos, alteraciones debidas a las purgas de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria, intoxicaciones...

8. EXAMEN LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

Es imprescindible realizar un TAC craneal previo a la punción lumbar, en pacientes con hipertensión intracraneal, focalidad neurológica o bajo nivel de conciencia (tabla 2).


9. DETERMINACIÓN DE TÓXICOS Y FÁRMACOS

 Dada la extensión del consumo de alcohol u otras drogas, y el hecho de que pueden inducir o agravar casi cualquier síndrome psicopatológico, es muy recomendable investigar, en el estudio de todo paciente psiquiátrico, si existe un consumo y, ante su sospecha, realizar determinaciones toxicológicas en orina y/o de alcohol en plasma, tanto en los pacientes que reconozcan el consumo, como en aquellos que lo nieguen o minimicen. Se debe tener en cuenta que ante los síndromes de abstinencia alcohólica, la sustancia no aparecerá en sangre (otras sustancias, dependiendo de la vida media, podrán aparecer o no

en orina). El litio, los antidepresivos tricíclicos y los anticonvulsivos se determinan también por razones toxicológicas o terapéuticas.

10. NEUROIMAGEN

Las actuales pruebas de neuroimagen constituyen una ayuda en el diagnóstico diferencial de condiciones neuropsiquiátricas, pero se debe tener en cuenta que rara vez determinan por sí mismas el diagnóstico.

 Usaremos técnicas neuroestructurales en las siguientes situaciones clínicas:

- Paciente con cambios agudos en el estado mental (incluidos afectos, conducta o personalidad) y uno de los 3 siguientes:
 - Edad > 50 años.
 - Examen neurológico anómalo (especialmente anomalías focales).
 - Historia de trauma craneal significativo relacionado con el cambio mental en cuestión.
- Inicio de psicosis.
- Inicio de *delirium* o demencia de causa desconocida.
- Previo al tratamiento con terapia electroconvulsiva.

En cambio, usaremos técnicas funcionales de neuroimagen en el diagnóstico diferencial de demencias y de crisis comiciales.

Tabla 2. Indicaciones y contraindicaciones de la punción lumbar.

INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Instauración de clínica psiquiátrica de rápida evolución. • Nueva clínica psiquiátrica con fiebre. • Aparición de sintomatología neurológica. • Sospecha de síndrome neuroléptico maligno. • Inicio de clínica psiquiátrica en paciente HIV u oncológico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presión intracraneal elevada. • Presencia de masa intracraneal. • Infecciones en la piel de la zona de punción. • Medicación anticoagulante.



10.1. TAC

La TAC (tomografía axial computerizada), se basa en la reconstrucción mediante un ordenador de un plano tomográfico de un objeto. La mayor parte de los estudios de órganos se realizan con y sin la introducción de contraste, ya que éste se distribuirá por los espacios intra y extravasculares, según el tipo de tejido, vascularidad, dosis, excreción renal... Ante la sospecha de lesión ocupante de espacio intracraneal, debe realizarse siempre TAC con contraste.

10.2. RMN

La resonancia magnética es preferible hoy en psiquiatría, a menos que exista un trauma o sangrado agudo. El método para generar imágenes, muy parecido al de la TAC, aporta una mayor resolución espacial, imágenes tridimensionales y una mayor sensibilidad para la visualización de la sustancia blanca cerebral y la fosa posterior y tallo encefálico, con menor cantidad de artefactos.

10.2.1. RMN funcional

Tiene su importancia en estudio de funciones cognitivas ya que permite correlacionar regiones anatómicas con funciones metabólicas.

10.3. PET

El PET (tomografía por emisión de positrones) es una técnica de neuroimagen funcional, con una gran capacidad de resolución espacial, de tal forma, que

es de los mejores métodos para el estudio de las funciones y déficits cerebrales. Se basa en la introducción de una sustancia activa biológicamente a un emisor de positrones, sustancia que se inyecta al sujeto, detectándose la radiación gamma posterior.

10.4. SPECT

La SPECT (tomografía computerizada por emisión de fotón único), basada también en la radiación gamma, es una técnica más barata y en general disponible en los servicios sanitarios, por lo que es una alternativa al PET. Permite obtener imágenes en los tres planos del espacio, aunque su resolución espacial es inferior a la del PET. El SPECT se utiliza, fundamentalmente, para el estudio la perfusión cerebral y de los receptores cerebrales.

11. ELECTROFISIOLOGÍA

El electroencefalograma se basa en la detección de potenciales eléctricos de la corteza cerebral. En psiquiatría, el electroencefalograma (EEG) es útil para el estudio de trastornos orgánicos cerebrales y epilepsias. Ante la sospecha de encefalopatía, se solicitará con carácter urgente, detectándose un lentecimiento difuso en la actividad cerebral.

12. MARCADORES BIOLÓGICOS

Se solicitarán estudios genéticos, cuando se sospechen determinadas enfermedades como síndrome X frágil, Huntington...

RECOMENDACIONES CLAVE

Descartar una posible base orgánica de los síntomas psiquiátricos, utilizando las pruebas complementarias según un criterio clínico individualizado.

En todo paciente psiquiátrico debe explorarse el consumo de sustancias tóxicas o con efectos psicotrópicos y, ante su sospecha, realizar las determinaciones pertinentes.

Descartar disfunciones neuroendocrinas ante el inicio de los trastornos mentales más relevantes.

Al inicio o durante el seguimiento de determinados tratamientos biológicos (p. ej.: TEC, litio, clozapina) es necesario realizar evaluaciones específicas o determinación de niveles plasmáticos.

Antes de iniciar tratamiento con psicofármacos con riesgo de teratogenicidad, debe realizarse prueba de embarazo en mujeres fértiles.

Solicitar CPK ante sospecha de síndrome neuroléptico maligno.

13. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Ars Médica. 2005.

Barcia D. Tratado de psiquiatría. Madrid: Arán Ediciones. 2000.

Jiménez López A. Manual de exploración (Propedéutica clínica). 4ª ed. Madrid: Librería Cervantes. 2007.

Caballero ML. Pruebas analíticas y de imagen en el paciente psiquiátrico. *Medicine* 2007;09:5446-8.

Marangell LB. Resident's guide to clinical psychiatry. Arlington, Virginia: American Psychiatric Publishing. 2009.

14. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Hales JA, Yudofsky SC, Talbot JA. Tratado de psiquiatría. 2ª ed. Barcelona: Ed. Ancora. 1996.

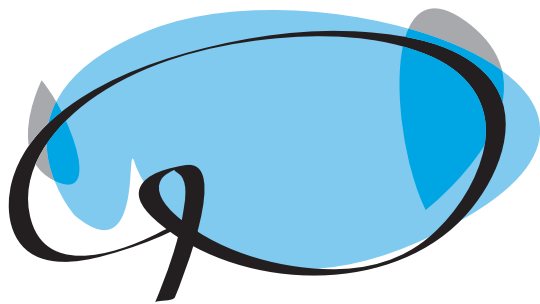
Kaufman DM. Neurología clínica para psiquiatras. 6ª ed. Barcelona: Elsevier Masson. 2008.

Fauci AS, Brauwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jamison JL, et al. Harrison: Principios de medicina interna. 17ª ed. México: Mc Graw-Hill/Interamericana. 2008.

Blanco-Echevarría A, Cea-Calvo M, García-Gil ME, Menassa A, Moreno-Cuerda VJ, Muñoz-Delgado G, et al. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de octubre. 5ª ed. Madrid: Merck&Dhome. 2003.

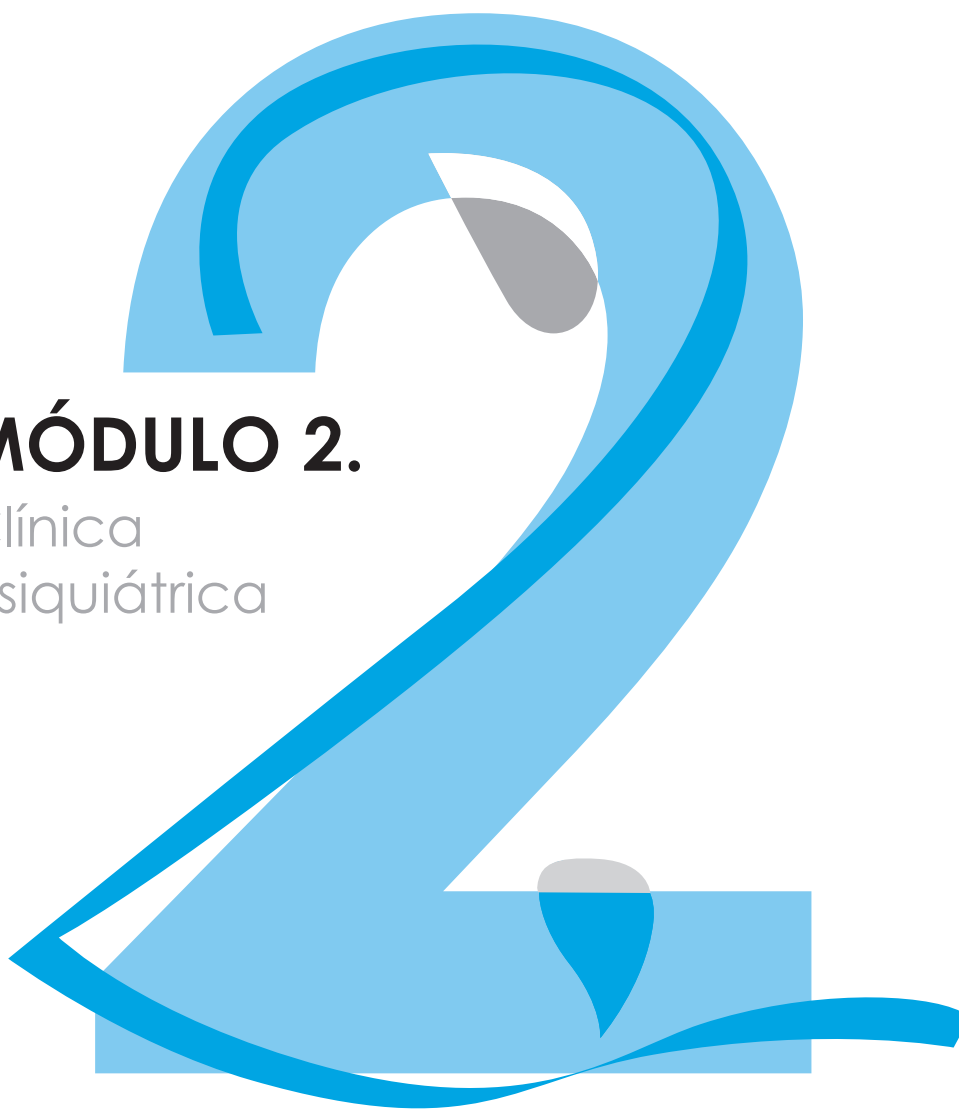
Pedrosa C, Casanova R. Diagnóstico por imagen. Compendio de radiología clínica. Madrid: Interamericana/Mc Graw-Hill. 1995.

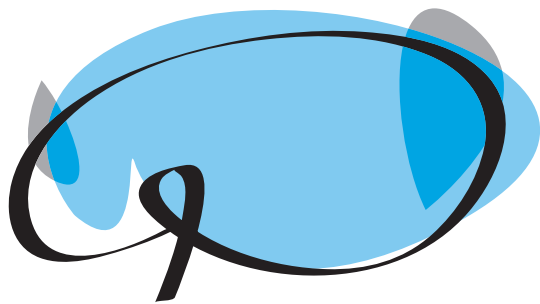




MÓDULO 2.

Clínica
psiquiátrica





MÓDULO 2.
Clínica psiquiátrica



Introducción
general





20. CONTROVERSIAS CONCEPTUALES: DESDE LA "PSICOPATOLOGÍA DESCRIPTIVA" DEL SIGLO XIX HACIA LA "PSICOPATOLOGÍA CIENTÍFICA" DEL SIGLO XXI



Autoras: Eva Bravo Barba y Elena Marín Díaz-Guardamino

Tutor: Rafael Segarra Echebarría

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Cruces. Baracaldo. Vizcaya

CONCEPTOS ESENCIALES

La psicopatología descriptiva o semiología psiquiátrica no constituyen en modo alguno un capítulo cerrado y resuelto para la psiquiatría.

Tal es así que el lenguaje descriptivo de las conductas y de los distintos estados mentales, así como la conceptualización parcelaria y fragmentada de la vida psíquica (psicopatología de las facultades mentales) se ven sometidas al cambio y a los avatares socio-políticos, académicos y científicos.

La ciencia psicopatológica debe de considerarse una disciplina viva, y por tanto debe de someterse y de adecuarse periódicamente a un análisis que la compatibilice e integre con las técnicas de investigación más novedosas de cada época.

De este modo, cada generación de psiquiatras debiera de participar en la formulación de las distintas narrativas contemporáneas de la locura.

1. PSICOPATOLOGÍA DESCRIPTIVA, FENOMENOLOGÍA O SEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

➡ La "psicopatología", base semiológica de la psiquiatría, tiene como objeto último la descripción y explicación comprensiva de la conducta patológica evidenciable en aquellos individuos afectados por un trastorno psíquico.

➡ Tal es así que la "psiquiatría" pudiera definirse de forma secundaria como el conjunto de consecuencias científico-técnicas y culturales que resultan de la correcta aplicación de una psicopatología, o lenguaje psicopatológico común.

➡ El término psicopatología, de naturaleza polisémica, resulta sinónimo de otros términos tales como

"semiología psiquiátrica", "psicopatología descriptiva" o "fenomenología". De este modo, y por escoger uno de ellos, la "psicopatología descriptiva" consiste en un lenguaje, definido por un conjunto sistemático de principios generales, enunciados descriptivos y reglas de aplicación. Como todo lenguaje es un producto histórico, que surge inmerso en unas coordenadas socio-culturales particulares, y está sujeto a cambios. Además, resulta conveniente (y académicamente recomendable) sistematizarlo, al tiempo que se debe delegar en otras áreas del conocimiento médico o psicológico la determinación causal que lleva a las personas a sufrir tales anomalías mentales.

➡ Respecto de la "fenomenología" (etimológicamente del griego φαινομαι "aparecer" y λογος "razón"), supone un método filosófico procedente del análisis intuitivo de los objetos tal y como nos son dados a



la consciencia, a través del cuál se busca inferir los rasgos esenciales, tanto de la experiencia como de lo experimentado.

Edmund Husserl, considerado “padre” de la fenomenología, postula que la principal característica de la conciencia es su intencionalidad (ser intencional es la característica básica que diferencia el fenómeno psíquico del físico, con el consiguiente componente motivacional), al tiempo que analiza la estructura de los actos mentales, y cómo estos se dirigen a objetos reales e irreales (“noesis”, acto de conciencia y el fenómeno al que va dirigido, esto es desear; y “noema”, objeto o contenido que aparece en el acto noético, esto es, lo deseado). De este modo, lo que vemos no es el objeto en sí mismo, sino cómo y cuándo nos es dado en los actos intencionales. El conocimiento de “las esencias” sólo es posible obviando todas las presunciones sobre la existencia de un mundo exterior, así como los aspectos sin esencia (subjetivos) del cómo el objeto es dado a nosotros. Este proceso es denominado “epojé” (etimológicamente del griego *εποχή* “suspensión”) por Husserl, quien años más tarde introduce el método de “reducción fenomenológica” para eliminar la existencia de los objetos externos, y así centrarse en lo ideal, en la estructura esencial de la conciencia, en el “ego trascendental”, contrapuesto al “ego empírico”.

➡ Muchos autores encuentran una influencia decisiva de la fenomenología en la “Psicopatología general” de Kart Jaspers, autor que por su vinculación con la obra de Husserl sostiene la posibilidad de efectuar descripciones neutrales y ateóricas de las conductas anómalas, condición indispensable para el desarrollo de una psicopatología descriptiva.

➡ Este vínculo ha llevado a que en los países anglosajones el término fenomenología se utilice de forma análoga al de psicopatología descriptiva.

Atendiendo brevemente a los albores históricos de la psicopatología, los alienistas europeos de finales del siglo XVIII (futuros psiquiatras) fueron pioneros a la hora de acercarse con curiosidad científica a aquellos individuos (alienados) que se comportaban de un modo extraño e incomprensible para el resto de personas de la época. Cuando comenzaron a describir los fenómenos observados en sus “nuevos pacientes”, los alienistas se encontraron con que no

disponían de un lenguaje semiológico propio que les ayudara en su tarea. Por ello recurrieron a la psicología y a la filosofía decimonónica (sin olvidarnos de la teología y la sociología de la época) para apoyarse en la creación, tanto de conceptos referidos a las funciones mentales “normales”, como secundariamente a las anomalías encontradas en los individuos objeto de su atención clínica.

Esta construcción de un nuevo lenguaje semiológico se desarrolló a lo largo del siglo XIX y las primeras décadas del XX. En este tiempo, tanto la psicología y como la filosofía de la mente cambiaron en varias ocasiones, por lo cual podemos afirmar que aquellos conceptos sobre los que se cimentaron los síntomas mentales “clásicos” terminaron por desaparecer.

➡ Sin embargo, sorprendentemente esos mismos síntomas mentales y muchos de los conceptos unidos a ellos siguen siendo utilizados por los psiquiatras de hoy en día, ya que aún no ha surgido ningún sistema semiológico capaz de sustituir al que con tanto esfuerzo se construyó durante siglo y medio.

No podemos asegurar si este hecho obedece a la robustez del “modelo antiguo”, o bien a la presumible insuficiencia de los psiquiatras contemporáneos para construir uno propio, nuevo y más eficaz a la hora de conceptualizar las enfermedades mentales de un modo acorde con la filosofía de la mente, y con las ciencias psicológicas y biológicas modernas.

2. SÍNTOMAS MENTALES COMO ALTERACIONES DE LAS FUNCIONES O FACULTADES DE LA MENTE

A comienzos del siglo XIX se produce en la psicología un renacimiento en la forma de entender el funcionamiento de la mente.

➡ Se trata de la “psicología de las facultades psíquicas”. Así, se interpreta que la mente está compuesta por una serie de funciones o “facultades” discretas, que inicialmente y siguiendo el modelo kantiano son tres:

- Función intelectual o racional.
- Función afectiva o emocional.
- Función conativa o volicional.

Con el paso de los años, estas funciones mentales básicas se subdividen en otras más simples, o bien se les suman otras nuevas. Además, los alienistas concluyen que si existen una serie de facultades de la mente normales, también puede darse lo contrario: esto es la enfermedad o disfunción de dichas facultades. De ahí derivan tanto la delimitación nosológica de ciertas enfermedades, como la determinación de signos y de síntomas emanados directamente de la alteración específica de cada una de las facultades mentales.

↑ La psicopatología ha seguido tradicionalmente este modelo, de forma que los signos y síntomas mentales se clasifican en función de la facultad putativamente afectada. Sin embargo, esta clasificación aunque necesaria es claramente imperfecta, ya que cada síntoma mental comparte características propias de distintas facultades mentales. Además, en la actualidad se acepta que todo síntoma psicopatológico posee dos componentes: uno biológico, que genera una determinada alteración en la conducta del individuo; y otro psicosocial, relacionado con la interpretación de dicha alteración por parte del propio paciente y del observador (y que modela necesariamente el propio componente biológico).

➡ La investigación neurobiológica ha aportado hasta el momento escasos resultados en el ámbito psicopatológico, bien sea por la utilización de una metodología deficiente, o bien por la posibilidad de que el objeto a estudio (la conducta humana) sea intrínsecamente opaca y, por tanto, no pueda ser captada su especificidad por parte de ningún lenguaje, incluido el psicopatológico.

Resulta por su parte probable que dicha opacidad venga dada, más que por una característica intrínseca al objeto de estudio, por el fracaso en la definición del mismo, por la insuficiencia de la psicopatología descriptiva tradicional para capturar las supuestas señales biológicas envueltas en los códigos expresivos socioculturales y personales de un individuo.

➡ Todo ello nos llevar a plantearnos la necesidad de una remodelación de la psicopatología del futuro ("psicopatología científica"). La psicopatología descriptiva actual ha avanzado poco desde sus orígenes en el siglo XIX, y si entonces el nivel de descripción se acoplaba a la perfección al de las necesidades

del trabajo de la microscopía y a la anatomía macroscópica de la época, hoy en día la investigación neurobiológica debe de incluir análisis cuantitativos, estadísticos y dimensionales que distan mucho del poder resolutivo de la psicopatología tradicional.

Como ejemplo de lo anteriormente referido y sin ánimo de extendernos, nos vamos a centrar un instante en el concepto psicopatológico de "*insight*" o "conciencia de padecer una enfermedad, así como de las consecuencias de la misma sobre uno mismo y sobre el entorno".

Pues bien, numerosos autores cuestionan la hipotética asociación directa entre los déficits de *insight* clínico-psicopatológico con una pretendida alteración a nivel de determinados dominios neuropsicológicos, neuroanatómicos y/o con dimensiones clínico-psicopatológicas concretas. Siguiendo esta línea de pensamiento, se ha llegado a proponer que la relación entre el *insight* clásico, como dominio clínico-psicopatológico, y la neurocognición (por ejemplo) resulta demasiado compleja como para poder verse reducida a una simple asociación directa.

Más aún, los síntomas complejos (como el *insight*) parecen verse influidos en su génesis formativo por múltiples variables añadidas (el bagaje sociocultural, el lenguaje, y el propio proceso de formación de los síntomas mentales, entre otras), de modo que cuanto más complejo es el síntoma analizado, más alejada del cerebro se encuentra la "señal original" que lo produce.

➡ En este sentido la búsqueda de "mediadores clínicos" o dominios psicopatológicos más simples que obedezcan a niveles jerárquicos inferiores (metacognición, humor) puede resultar clave para comprender los posibles correlatos biológicos subyacentes a la hora de interpretar las diferentes dimensiones que integran el concepto clínico-psicopatológico del *insight*.

↑ En el fondo, esta línea de pensamiento redundada en una consideración de Berrios, para quien la ciencia psicopatológica ha de considerarse una disciplina viva, que debe de someterse y adecuarse periódicamente a un reanálisis que la compatibilice e integre con las técnicas de investigación más novedosas propias de cada época, llegando a proponer



una reformulación epistemológica e integradora del concepto de autoconciencia, que integre aspectos filosóficos, psicopatológicos y neurobiológicos.

En la figura 1 se analiza una propuesta teórica reciente sobre un modelo integrador que soslaye algunas de las carencias referidas, tratando de establecer puentes entre los distintos niveles de comprensión de la enfermedad mental: genética molecular, modelación epigenética, conformación de distintos endofenotipos, y en un plano más externo la psicopatología descriptiva.

↑ Por todo ello, en la búsqueda de dicha psicopatología científica acorde con los tiempos que corren se necesita orquestar un encuentro armónico entre los conocimientos disponibles en el ámbito de la psicopatología descriptiva, y las técnicas neurofisiológicas y biológicas más actualizadas (PET, SPECT, TAC, RM, marcadores biológicos, genética molecular). Y todo ello sin renunciar a un cierto espíritu crítico que se refleja en algunas de las reflexiones que se exponen a continuación.

3. SOBRE LA NECESIDAD DE CONSENSUAR UNA NARRATIVA PSICOPATOLÓGICA ACTUALIZADA Y CIENTÍFICA, ACORDE CON EL MOMENTO HISTÓRICO PARTICULAR

En las últimas dos décadas, el desarrollo de ciertas disciplinas científicas (genética molecular, neuroimagen, neuropsicología) ha propiciado nuevamente la génesis de una corriente de optimismo centrada en la posibilidad de alcanzar una mayor comprensión epistemológica de los diferentes trastornos mentales. Decimos nuevamente porque las expectativas creadas a este respecto evocan a las generadas en pleno siglo XIX, con el desarrollo de la microscopía óptica, del modelo anatomo-clínico de enfermedad y de la neuropatología, o en el pasado siglo XX con la aparición de la electroencefalografía, la neumoencefalografía o con el abrumador desarrollo de la psicofarmacología clínica.

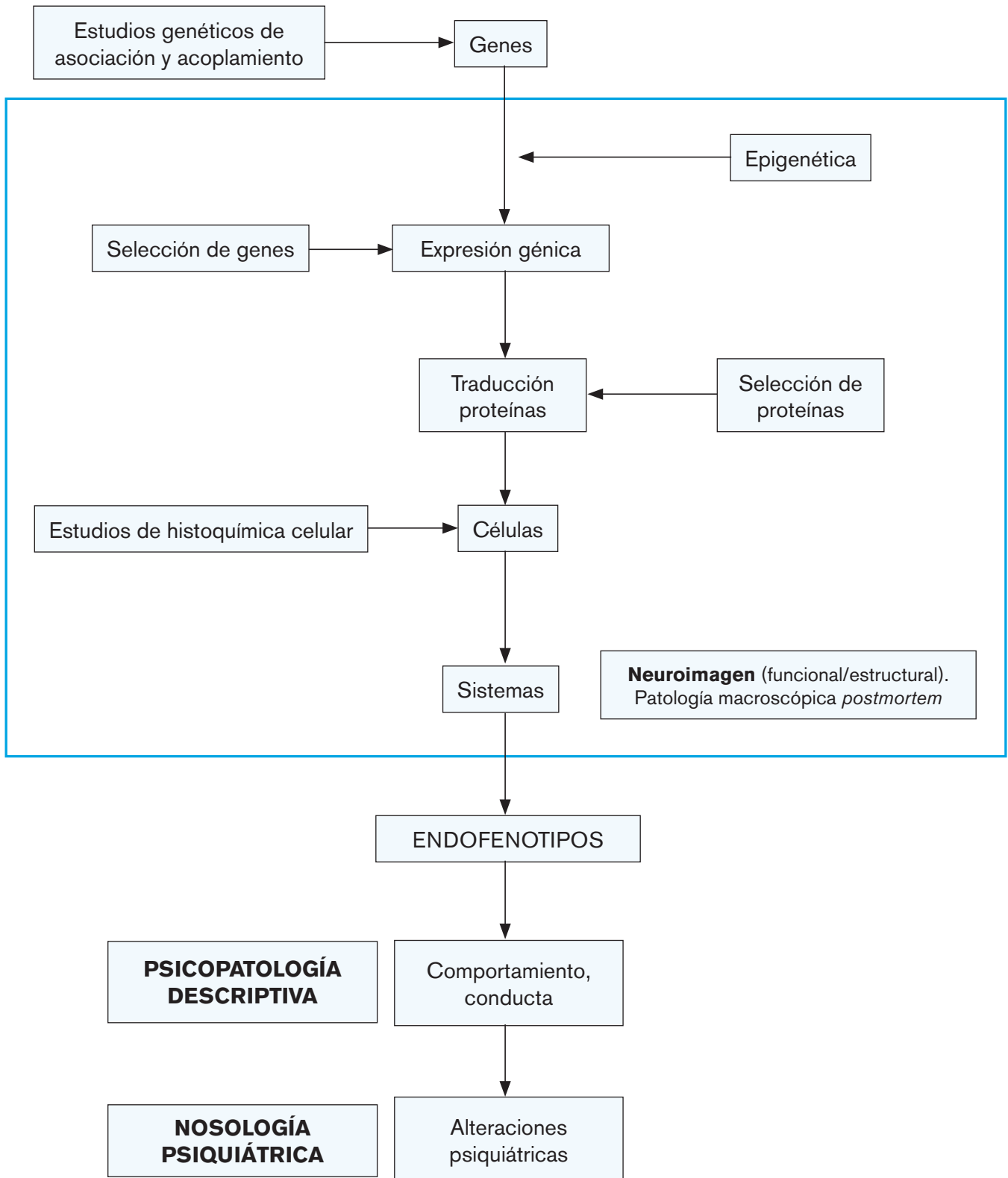
Al igual que sucedió en el pasado, en el momento actual el desarrollo de tales disciplinas (paralelo al desarrollo tecnológico) atrae buena parte de los fondos de investigación públicos y privados, fruto de

intereses muy diversos. Ello genera serios desequilibrios a la hora de explorar nuevas áreas potenciales de interés científico, ya que el determinismo en investigación, al margen de contribuir a “la creación de muchas reputaciones académicas”, puede abocar hacia un notable descuido del trabajo clínico y descriptivo, considerado por muchos autores obsoleto (como si en el campo psicopatológico todo estuviera dicho y establecido de un modo inmutable), y que en nuestra opinión constituye el auténtico bastión del quehacer psiquiátrico, de obligada raigambre integradora.

➤ Así, el clínico experimentado y con perspectiva histórica reconoce que la supuesta estabilidad alcanzada en el ámbito de las descripciones psicopatológicas clásicas resulta espuria, por distintas razones:

- Para Bleuler la división de la vida psíquica en diferentes funciones específicas (facultades) resulta artificial, academicista y veleidosa. Ciompi ironiza a este respecto señalando que las funciones psíquicas van unidas en el caso “normal”, mientras que su separación es signo de psicología.
- La validez y fiabilidad de los constructos nosológicos actuales (mutables en el tiempo, baste revisar las actualizaciones periódicas de las clasificaciones diagnósticas internacionales), se basan en la coherencia y estabilidad del lenguaje psicopatológico que utilizamos para describir los diferentes signos y/o síntomas de la enfermedad mental, lo cual supone más una actividad de “construcción” que de mero reconocimiento e identificación de dichos signos y/o síntomas, e incluye además de un componente perceptivo una formulación teórica. Así, los esquemas descriptivos psicopatológicos se obtienen forzando los distintos estados mentales de los pacientes, y adecuándolos a los conocimientos de cada época, al tiempo que se ignoran y se engloban aquellos otros síntomas que por razones diversas nunca han sido descritos.
- Por último, el concepto de estabilidad en el ámbito psicopatológico es relativo, ya que como señala Berrios depende del modo en el que el marco temporal del observador se sincroniza con el de los fenómenos psicopatológicos propios de cada época. Pudiera ser que la vida

Figura 1. Desde los genes hasta la enfermedad psiquiátrica





académica de toda una generación de psiquiatras sea más breve que el tiempo requerido para analizar un determinado cambio en la forma de presentación sintomática de ciertos trastornos mentales.

Como ejemplo de esto último, podemos preguntarnos dónde encontramos en la clínica actual las floridas manifestaciones sintomáticas motoras de la histeria (“conversión”) o de la esquizofrenia (“catatonía”) que nutren innumerables páginas de los tratados psicopatológicos clásicos.

↑ En resumen, se puede afirmar que las descripciones psicopatológicas no son de modo alguno eternas. El lenguaje descriptivo de las conductas y estados mentales, y también la propia conceptualización parcelaria y fragmentada de la vida psíquica, están sujetos al cambio y a los avatares socio-políticos, académicos y científicos. La ciencia psicopatológica debe de considerarse una disciplina viva, y por tanto debe de someterse y adecuarse periódicamente a un reanálisis que la compatibilice e integre con las técnicas de investigación más novedosas de cada época.

↑ Tal es así que cada generación de psiquiatras debiera de participar en la formulación de las distintas narrativas de la locura.

4. RETOS EPISTEMOLÓGICOS: LA FRONTERA ENTRE LO NORMAL Y LO ANORMAL

Incluimos en este apartado introductorio, tendente a la digresión, unas palabras en torno al debate científico entre aquello que podemos considerar normal y lo decididamente anormal en medicina, en psiquiatría o en psicología. Se trata de un debate apasionante e inconcluso, que ilustra de forma ejemplar el edificio vivo y en permanente construcción que representa la ciencia psicopatológica.

Así, los profesionales que trabajamos en el ámbito de la psiquiatría manejamos (desde hace más de dos siglos) los síntomas mentales concibiéndolos como normales o patológicos (y por tanto susceptibles de tratamiento), con un sorprendente grado de consenso. Y sin embargo carecemos de una norma

aceptada unánimemente que nos ayude a determinar tal distinción.

A continuación proponemos una serie de criterios que, pese a su escasa sensibilidad y especificidad, utilizados conjuntamente pueden resultar de utilidad al clínico en esta materia.

▶ Podemos entender la “anormalidad” en psiquiatría como el resultado de:

- La desviación estadística del conjunto de comportamientos y vivencias habituales en la inmensa mayoría de las personas. La mayor parte de los síntomas mentales son infrecuentes en el conjunto de la población, por sus características (alucinaciones), o por su intensidad (euforia desbordante en un episodio maniaco). Sin embargo, no toda conducta o fenómeno que se escapa de la norma estadística puede ser considerado anormal (inteligencia superdotada, ciertos hábitos sexuales, ideas revolucionarias).
- La presencia de una lesión o disfunción de la fisiología humana. La mayoría de los síntomas mentales siguen sin poder asociarse con una función o área cerebral específica.
- La desventaja biológica para quien la sufre. Para Kendell, desde una óptica evolucionista, la presencia de síntomas o enfermedades mentales tiene como consecuencia una desventaja biológica (mayor mortalidad, menor índice de natalidad). Sin embargo pacientes con ciertos trastornos de la personalidad pueden presentar un aumento paradójico en el índice de la natalidad.
- La desviación del conjunto de creencias y conductas aceptadas por la sociedad. Sin embargo, no toda creencia o conducta extraña para la sociedad puede ser considerada como patológica. Este hecho resulta crucial a la hora de evitar posibles abusos fruto de la instrumentalización partidista de las ciencias de la salud mental.

▶ Los presupuestos anteriores se materializan finalmente en alguna de las siguientes consecuencias: una mala adaptación social; un cierto grado de malestar subjetivo; síntomas psicopatológicos; fracaso en el desarrollo de la autonomía personal; y diagnóstico y/o exposición a un tratamiento psi-

quiátrico. En todos ellos encontramos implícito un componente netamente estadístico.

▶ Para algunos autores el concepto "salud mental" se contrapone al de "enfermedad mental", si bien no siempre la ausencia de enfermedad mental es un criterio suficiente para poder catalogar a una persona como mentalmente sana.

▶ Resulta preferible hablar de "salud mental positiva", manifestada como un estado de bienestar psíquico, que si concurre con una ausencia total de signos psicopatológicos y/o de alteraciones morfo-funcionales puede catalogarse de "salud absoluta", reservándose el término "salud relativa" para referirnos a aquel estado de equilibrio dinámico que incluye los estados transitorios de enfermedad.

RECOMENDACIONES CLAVE

La ciencia psicopatológica debe de considerarse una disciplina viva, y por tanto debe de someterse y de adecuarse periódicamente a un análisis que la compatibilice e integre con las técnicas de investigación más novedosas de cada época.

De este modo, cada generación de psiquiatras debiera de participar en la formulación de las distintas narrativas contemporáneas de la locura.

5. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Nota. La bibliografía que aquí se propone alude al contenido del capítulo y se complementa con la sugerida en el apartado de "Psicopatología descriptiva clásica".

Berrios GE. Concepto de psicopatología descriptiva. En: Luque R, Villagrán JM (eds.). Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias. Madrid: Ed. Trotta. 2000:109-45.

Berrios GE. The history of mental symptoms. Cambridge: Ed. Cambridge University Press. 1997.

Segarra R, Eguiluz I. Psicopatología descriptiva. En: Palomo T, Jiménez-Arriero MA. Manual de psiquiatría. Madrid: Ed. Grupo ENE S.A. 2009. 171-93.

6. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Castilla del Pino C. Introducción a la psiquiatría. Tomo I. Problemas generales. Psico(pato)logía. 4ª ed. Madrid: Ed. Alianza Editorial S.A. 1993.

Schneider K. Psicopatología clínica. 1ª ed. en español. Madrid: Ed. Fundación de Archivos de Neurobiología. 1997.

Fish F. Psicopatología clínica de Fish. 2ª ed. Madrid: Ed. Emalsa S.A. 1986.





21. PSICOPATOLOGÍA DESCRIPTIVA BÁSICA. LA HISTORIA CLÍNICA EN PSIQUIATRÍA



Autores: María Isabel Teva García y Francisco Javier Zamora Rodríguez

Tutor: Pablo Calderón López

Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz

CONCEPTOS ESENCIALES

La exploración psicopatológica junto con los datos recogidos en la entrevista clínica (paciente, familias, cuidadores), la observación clínica de la conducta y los hallazgos procedentes de las pruebas complementarias de diagnóstico constituirán la información básica sobre la que se establecerá la planificación terapéutica y rehabilitadora.

Si bien no existen hallazgos patognomónicos en la nosología psiquiátrica, fenómenos psicopatológicos en áreas como conciencia, atención, memoria o inteligencia harán sospechar la presencia de factores etiológicos de carácter somático.

Afectividad, pensamiento, percepción y lenguaje constituyen las áreas psicopatológicas nucleares de los principales trastornos psiquiátricos.

1. INTRODUCCIÓN

La psicopatología descriptiva puede ser definida como un conjunto de términos, enunciados y proposiciones que pretenden describir las manifestaciones sintomáticas que presentan los pacientes. Se configura como un compendio de significantes que han de ser interpretados desde diferentes paradigmas teóricos como propuestas de comprensión de la naturaleza de la enfermedad mental. La amplitud y complejidad del contenido a abordar en este capítulo obliga a realizar una exposición breve de las diferentes áreas psicopatológicas que conforman la exploración psicopatológica básica (tabla 1).

2. PSICOPATOLOGÍA DE LA CONCIENCIA

Se define la conciencia como la facultad que nos permite tener conocimiento propio (Bleuler). Supone la integración superior de todos los estímulos sensoriales que van a determinar la comprensión de uno mismo y el conocimiento del ambiente circundante.

2.1. ALTERACIONES DE LA CONCIENCIA

2.1.1. Alteraciones cuantitativas de la conciencia

- Elevación del nivel de conciencia:
 - Hipervigilia: vivencia de hiperclaridad de conciencia; puede asociarse a un aumento de la actividad motora y/o verbal.
- Disminución del nivel de conciencia (en grado creciente):
 - Somnolencia: dificultad para mantener la alerta y la atención a pesar de realizar el sujeto un esfuerzo sostenido; los estímulos externos precisan de cierta intensidad para hacerse conscientes y el pensar discurre con dificultad.
 - Obnubilación: existe una inclinación excesiva al polo hipnótico; la articulación del lenguaje y el discurrir del pensamiento es deficiente; escasos movimientos de defensa o retirada.



Tabla 1. Áreas y manifestaciones psicopatológicas básicas

CONCIENCIA <ul style="list-style-type: none">– Hipervigilia.– Somnolencia, obnubilación, sopor, coma.– Estados crepusculares, delirium o SCA.– Anosognosia, miembro fantasma, heautoscopia.– Despersonalización, desdoblamiento/ disolución/demarcación yo, conciencia identidad.– Cuerpo disociado, yo carente alma.	ORIENTACIÓN <ul style="list-style-type: none">– Desorientación orgánica (tiempo, espacio, persona).– Falsa orientación.– Doble orientación.
ATENCIÓN <ul style="list-style-type: none">– Hiperprosexia, desporalización afectiva / autismo.– Hipo/aprosexia, labilidad atenta emocional, fatigabilidad atenta, pseudoaprosexia, paraprosexia, perplejidad.	MEMORIA <ul style="list-style-type: none">– Hipermnemias.– Hipomnemias, amnesias (anterógrada o fijación; retrógrada o evocación).– Alomnesia, paramnesia (confabulación), criptomnesia.
INTELIGENCIA <ul style="list-style-type: none">– Oligofrenias.– Pseudodemencias.– Demencias.	PSICOMOTRICIDAD <ul style="list-style-type: none">– Estereotipias motoras, acatisia, inquietud psicomotora, agitación.– Bradicinesia, estupor, catatonía, catalepsia.– Actividad delirante ocupacional, ceremoniales obsesivos, actos en cortocircuito, negativismo, ecopraxia.
AFECTIVIDAD <ul style="list-style-type: none">– Humor maniaco (hipertimia, euforia, labilidad afectiva, ánimo expansivo).– Humor depresivo (hipotimia, astenia, apatía, indiferencia afectiva, anhedonia, disforia).– Humor ansioso (ansiedad/angustia: fisiológico, cognitivo y conductual).– Irritabilidad, paratimia, incontinencia afectiva, ambitimia, alexitimia.	LENGUAJE <ul style="list-style-type: none">– Mutismo.– Taquifemia/bradifemia, espasmofemia, musitación.– Neologismos, paralogismos, ensalada de palabras, asociaciones laxas de ideas.– Disartria.– Estereotipia verbal, verbigeración, ecolalia, coprolalia.
PENSAMIENTO (CURSO) <ul style="list-style-type: none">– Taquipsiquia, fuga de ideas, pensamiento saltigrado.– Asociación por asonancia.– Bradipsiquia, bloqueo del pensamiento.– Circunstancialidad, tangencialidad.– Pensamiento prolijo, disgregación, incoherencia, alogia.	PENSAMIENTO (CONTENIDO) <ul style="list-style-type: none">– Ideas sobrevaloradas.– Ideas obsesivas.– Fobias.– Ideas delirantes primarias (percepción, ocurrencia delirante y trema); ideas delirantes secundarias (contenidos, sistematización).– Difusión, inserción, robo y lectura del pensamiento.

Tabla 1. Áreas y manifestaciones psicopatológicas básicas (continuación)

SENSOPERCEPCIÓN	VOLUNTAD
<ul style="list-style-type: none"> – Hipoestesias, hiperestesias. – Desrealización. – Dismegalopsias, dismorfopsias, heautometamorfopsia. – Escisión, sinestesia. – Ilusiones. – Alucinaciones (complejidad, esfera sensorial). – Alucinaciones hipnagógicas/hipnopómpicas; funcionales; reflejas; autoscópica. – Pseudoalucinaciones, alucinosis. 	<ul style="list-style-type: none"> – Actos impulsivos. – Actos en cortocircuito. – Compulsiones. – Hipo / abulia. – Obediencia automática. – Ambitendencia.
	INSIGHT
	<ul style="list-style-type: none"> – Conciencia de sufrir una enfermedad. – Procesos atribucionales.
INSTINTO DE VIDA	SUEÑO
<ul style="list-style-type: none"> – Pensamientos suicidas, conductas autolesivas, mutilaciones. – Intento de suicidio (frustrado, parasuicidio). – Suicidio consumado. 	<ul style="list-style-type: none"> – Disomnias (insomnio, hipersomnia, cataplejía, narcolepsia, apnea del sueño). – Parasomnias (pesadillas, terrores nocturnos, sonambulismo, enuresis, bruxismo).
CONDUCTA ALIMENTARIA	PULSIONES AGRESIVAS
<ul style="list-style-type: none"> – Bulimia, polidipsia psicógena. – Rechazo alimentario, anorexia, adipsia. – Disorexia, pica, mericismo. 	<ul style="list-style-type: none"> – Auto/heteroagresividad. – Actos impulsivos.
SEXUALIDAD	RASGOS DE PERSONALIDAD
<ul style="list-style-type: none"> – Disfunciones sexuales (deseo sexual hipoactivo, erotomanía; impotencia; anorgasmia, eyaculación precoz, dispareunia, vaginismo). – Parafilias (fetichismo, exhibicionismo, masoquismo, sadismo, paidofilia, zoofilia...). – Identidad sexual (transexualismo). – Homosexualidad egodistónica. 	<ul style="list-style-type: none"> – Grupo A (paranoide, esquizoide, esquizotípico). – Grupo B (antisocial, límite, histriónico, narcisista). – Grupo C (evitación, dependencia, obsesivo-compulsivo).



- Sopor: sólo es posible despertar al paciente con estímulos muy intensos; se dan movimientos de defensa y los reflejos están conservados.
- Coma: ausencia global de actividad de la conciencia; no es posible despertar al paciente, los reflejos están abolidos en diferente grado.

2.1.2. Alteraciones cualitativas de la conciencia

- Estados crepusculares (Westphal): se da un estrechamiento del campo de la conciencia apareciendo unos territorios más oscuros que otros; algunas constelaciones de la vida psíquica están desconectadas en menos o mayor grado con la consiguiente comprensión parcial de sí mismo y del mundo externo; no obstante, la conducta es aparentemente normal.
- Alteraciones productivas de la conciencia (delirium o síndrome confusional agudo): desestructuración importante de la conciencia con descenso variable del nivel de conciencia y atención asociados a manifestaciones alucinatorias vividas y alteraciones en la psicomotricidad (descenso, agitación, automatismos); son característicos la fluctuación y el empeoramiento nocturno.

3. PSICOPATOLOGÍA DE LA ORIENTACIÓN

La orientación puede concebirse como la capacidad que permite al individuo incluirse en el marco espacio-temporal de referencia así como situarse respecto a su propia persona (autopsíquica) u otros (alopsíquica).

3.1. PERTURBACIONES EN LA ORIENTACIÓN

3.1.1. Desorientación

Pérdida de la capacidad para situarse correctamente en un lugar y tiempo. La desorientación autopsíquica es más infrecuente y representa un estado grave de confusión.

3.1.2. Falsa orientación (orientación confabulada)

El paciente parece ignorar los parámetros espacio-temporales reales y sólo maneja sus propias coordenadas patológicas.

3.1.3. Doble orientación (orientación errónea delirante)

El enfermo se orienta simultáneamente o de forma alternativa con sus parámetros anormales y los correctos.

4. PSICOPATOLOGÍA DE LA ATENCIÓN

Podemos entender la atención como aquella facultad psíquica básica que nos pone en comunicación tanto con el medio exterior como el interno. Se configura como una actividad mental básica sobre el que se sustentan otros procesos psíquicos más complejos (cognoscitivos, sensoriales, afectivo-emocionales) con los que interactúa.

4.1. ALTERACIONES DE LA ATENCIÓN

4.1.1. Por aumento

- Hiperprosexia: a nivel clínico se manifiesta con un cambio continuo del foco de atención de un estímulo (o tarea) a otros con la consiguiente merma en el rendimiento.
- Desporalización afectiva - autismo: capacidad de atención incrementada y dirigida hacia el mundo interno. En el autismo, la polarización es intensa y persistente.

4.1.2. Por disminución

- Hipoprosexia-aprosexia: alteraciones por déficit variable o abolición de la función atenta.
- Labilidad atenta emocional: fluctuación del nivel de atención con actividad superficial y pérdida de la capacidad de mantenerla; conserva parcialmente la capacidad de focalizarla.
- Paraprosexia: desviación anómala de la atención; los pacientes son conscientes del fenómeno que padece, aunque les resulta imposible reconducir la actividad atenta.
- Perplejidad: el sujeto no logra la síntesis del contenido de la atención, no comprende el significado de lo que sucede en su correcta significación y sus efectivas relaciones.

5. PSICOPATOLOGÍA DE LA MEMORIA

La memoria es la capacidad de adquirir, retener y utilizar secundariamente una experiencia. Está intrín-

secamente vinculada con el aprendizaje, proceso de adquisición de información o de patrones de conducta nuevos. La memoria habilita la persistencia del aprendizaje para que éste pueda utilizarse en el futuro como referencia en la conducta adaptativa.

➔ 5.1. DIVISIÓN DE LA MEMORIA (procesamiento de la información y tiempo de almacenamiento, Atkinson y Shiffrin)

5.1.1. Memoria icónica o sensorial

No somos capaces de su procesamiento (subliminal); dura de milisegundos (procesamiento visual) a varios segundos (auditivo).

5.1.2. Memoria a corto plazo

Implicada en la retención de datos durante un corto período de tiempo (10-15 segundos); vinculada con la capacidad atencional y la memoria de trabajo.

5.1.3. Memoria a largo plazo (MLP)

Mantiene información en la conciencia durante más de varios segundos. Dentro de la MLP distinguimos:

- Memoria declarativa: todo aquello que puede ser recordado con palabras. Facilita el recuerdo del conocimiento adquirido de modo que puede ser transmitido.
 - Memoria semántica: relacionada con el conocimiento del mundo, aspectos del lenguaje, información del entorno social y relaciones interpersonales.
 - Memoria episódica (o biográfica): hace referencia a todos los sucesos vitales.
- Memoria no declarativa (o procedimental): conocimientos e información que no pueden ser expresados por medio de palabras. Abarca capacidades de aprendizaje (entre otras, habilidades motoras y perceptivas) cuya ejecución cambia con la experiencia.

5.2. TRASTORNOS DE LA MEMORIA

5.2.1. Cuantitativos

- Hipermnesias: aumento anormal de la capacidad de memorizar, breves o permanentes.

- Hipomnesias: disminución de la actividad mnésica sin llegar a la pérdida total.
- ➔ Amnesias: incapacidad de aprender nueva información con un nivel de atención normal o recordar información previamente aprendida. En relación con el tiempo al que pertenecen los recuerdos afectados, se distingue: amnesia anterógrada o de fijación (incapacidad de fijación de nueva información) y amnesia retrógrada o de evocación (imposibilidad de evocar recuerdos o información ya pasada).

5.2.2. Cualitativos

- Paramnesia o alucinación del recuerdo: de forma no voluntaria e inconsciente, se toman por recuerdos auténticos contenidos de la fantasía o la imaginación. La confabulación es una variedad específica del síndrome amnésico; la pseudología fantástica está determinada por necesidades afectivas básicas (atención y cuidado).
- Criptomnesia o alteración del reconocimiento: la percepción de un objeto por primera vez provoca en el individuo la vivencia de haberlo percibido anteriormente (*déjà vu*); un objeto percibido reiteradamente es experimentado como nunca percibido (*jamaís vu*).

6. PSICOPATOLOGÍA DE LA PSICOMOTRICIDAD

La exploración de los signos o actos motores se presenta en dos ámbitos: uno objetivo centrado en la descripción del acto motor y de los parámetros de su exploración física; y el subjetivo, referido a la vivencia personal que acompaña al acto motor.

6.1. ALTERACIONES DE LA PSICOMOTRICIDAD

6.1.1. Concernientes a la expresión espontánea

- Sobreabundancia de movimientos:
 - Estereotipias motoras: repetición insistente de movimientos más o menos complejos (balanceo, vocablos, desplazamientos). Son autónomos y carecen de finalidad.
 - Acatisia: necesidad constante e imperiosa de movimiento, cambio de lugar o postura.



- Inquietud psicomotora: estado de hiperactividad sin que las acciones estén dirigidas y elaboradas hacia la consecución de un fin determinado.
- Agitación: intensa y brusca actividad muscular y verbal (voces, insultos, amenazas) que puede llegar a adoptar formas violentas y destructivas.
- Inhibición de movimientos:
 - Bradicinesia/enlentecimiento psicomotor: lentificación de la actividad psicomotora; suele acompañarse de retardo en la actividad mental.
 - Catatonía: se presenta como un enlentecimiento psicomotor importante con inmovilidad. El paciente está vigil, aunque inmóvil, y aparentemente indiferente al entorno.
 - Catalepsia: se caracteriza por la permanencia durante largo tiempo de posiciones o actitudes corporales no naturales.

6.1.2. Concernientes a la realización de actividades

- Actividad delirante ocupacional: actividad improductiva en la que se realizan movimientos que asemejan la actividad habitual o profesional del afectado.
- Ceremoniales obsesivos: acciones estereotipadas, de diversa complejidad y carácter absurdo que el paciente siente necesario ejecutar para aliviar la tensión originada por la ideación obsesiva o prevenir la ocurrencia de un hecho improbable.
- Negativismo: actitud de oposición bien como ausencia de comunicación verbal (mutismo) o inmovilidad (estupor negativista); a veces, el enfermo realiza acciones opuestas a las que se le demandan (oposicionismo).

7. PSICOPATOLOGÍA DE LA AFECTIVIDAD

Entendemos por afectividad o vida afectiva el conjunto de experiencias que definen y delimitan la vida emocional de un individuo. Representa el conjunto de estados y pasiones del ánimo que el individuo vive de forma personal y subjetiva, que trascienden su personalidad y conducta, especialmente en su capacidad de comunicación.

7.1. MANIFESTACIONES PSICOPATOLÓGICAS DE LA AFECTIVIDAD

7.1.1. Humor maniaco

Caracterizado por la presencia de:

- Hipertimia: humor más alegre de lo normal (no ajustada a realidad, desproporcionada), sensación o aire de confianza y gozo.
- Euforia: elevación del estado de ánimo con sentimiento de grandeza.
- Labilidad afectiva: expresión emocional cambiante y, en general, independiente de los estímulos causales externos.
- Ánimo expansivo: expresión de sentimientos propios sin restricción.

7.1.2. Humor depresivo

Se acompaña de:

- Hipotimia: sentimiento patológico de tristeza, desesperanza e infelicidad.
- Astenia: laxitud generalizada en el plano físico acompañada de disminución de la productividad.
- Apatía: desinterés generalizado.
- Indiferencia afectiva: falta de interés vital y resonancia hacia el entorno en el plano psicológico.
- Anhedonia: incapacidad de experimentar placer en circunstancias que, con anterioridad, sí lo procuraban.
- Disforia: tono emocional caracterizado por la sensación de malestar, displacer, se acompaña de predisposición al enfado e irritabilidad.

7.1.3. Humor ansioso

Se manifiesta con la presencia de:

- Ansiedad: respuesta emocional compleja, potencialmente adaptativa y pluridimensional, en la que coexisten una percepción de amenaza al organismo con una activación biológica orientada a reaccionar ante tal percepción. Esta respuesta tiene tres componentes diferentes que pueden aparecer de forma simultánea o aislada: fisiológico (síntomas físicos de la ansiedad), cognitivo (ideas, pensamientos, creen-

cias, imágenes) y conductual (enfrentamiento o evitación). La ansiedad es considerada como patológica cuando no es adaptativa, su intensidad es excesiva o disminuye la capacidad de respuesta del individuo. La ansiedad puede ser considerada en una doble vertiente:

- Ansiedad estado (presencia de síntomas ansiosos en un momento concreto y definido).
 - Ansiedad rasgo o personalidad ansiosa (tendencia de enfrentamiento a las situaciones vitales con un excesivo grado de ansiedad; ansiedad libre o flotante).
- **Angustia:** vinculada con el componente somático de la ansiedad.

7.1.4. Otras

- **Irritabilidad:** la persona se enoja y se torna iracunda con facilidad.
- **Paratimia o inadecuación afectiva:** las emociones del sujeto no se corresponden con el contenido de sus vivencias y el contexto situacional.
- **Incontinencia afectiva:** ausencia de control afectivo, la expresión de los afectos surge de forma rápida y exagerada.
- **Ambitimia o ambivalencia afectiva:** coexistencia de sentimientos positivos y negativos con respecto a un mismo contenido, objeto, contenido vivencial o representación.
- **Alexitimia:** incapacidad para percibir y diferenciar sentimientos o identificar, describir o comunicar los propios.

8. PSICOPATOLOGÍA DEL PENSAMIENTO (CONTENIDO Y CURSO)

Definimos el pensamiento como un proceso mental propio del hombre que le permite reflexionar, juzgar, realizar abstracciones y proceder al análisis y la síntesis (Moor).

8.1. ALTERACIONES FORMALES O DEL CURSO DEL PENSAMIENTO

8.1.1. Trastornos de la velocidad

- **Taquipsiquia:** el desarrollo del pensamiento es más rápido de lo normal; se aprecia una mayor

tensión del pensamiento y el número de vocablos por unidad de tiempo es elevado.

- **Fuga de ideas o pensamiento ideofugal:** se presenta como una sucesión de asociaciones múltiples por las que el pensamiento parece saltar bruscamente de un tema a otro (salto fácil de una idea a otra con facilidad o pensamiento saltigrado; ideas por asociaciones fonéticas o asociación por asonancia).
- **Bradipsiquia:** el curso está enlentecido, se desarrolla con retraso y es poco productivo.
- **Bloqueo del pensamiento:** interrupción súbita del curso del pensamiento antes de completar una idea y sin que exista razón aparente que lo explique.

8.2. ALTERACIONES DE LA FORMA PROPIAMENTE DICHA


- **Circunstancialidad:** excesiva información con inclusión de detalles y explicaciones innecesarios e irrelevantes; incapacidad de dirigir el pensamiento hacia un objetivo.
- **Pensamiento prolijo:** aparece una sobreabundancia de ideas con dificultad de seleccionar lo accesorio de lo esencial; no obstante, sí se llega a la idea final.
- **Disgregación:** pérdida de la directriz como consecuencia de la rotura de las asociaciones normales, fluyendo los pensamientos sin conexión lógica o relación aparente; el resultado final se vuelve poco comprensible.
- **Incoherencia:** alteración extrema de la construcción de frases que determina un discurso ininteligible; coexisten expresiones sin conexión lógica o gramatical; la capacidad comunicativa es mínima.

8.3. ALTERACIONES DEL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO

- **Ideas sobrevaloradas:** ideas con marcada impregnación afectiva y significado propio para la persona que rigen gran parte de su actividad.
- **Ideas obsesivas:** ideas, pensamientos, imágenes o impulsos reiterativos, no deseados, de carácter irracional que se imponen al paciente



generando una intensa ansiedad; el mismo sujeto los reconoce como propios y de naturaleza absurda.

- Fobias: miedo excesivo, anormal y persistente provocado por un objeto o situación en teoría no peligrosos; existe una desproporción entre el temor y la causa.
-  Ideas delirantes (primarias): ideas o creencias falsas, fijas, irreductibles a toda argumentación lógica, no influenciadas por la experiencia, que se establecen por vía patológica (a diferencia de creencias ancestrales, mágicas y religiosas) y que no se derivan de otras manifestaciones psicopatológicas. Modalidades: percepción o interpretación delirante; inspiración u ocurrencia delirante; humor o trama delirante.
- Ideas delirantes secundarias (deliroides): ideas delirantes que surgen en relación con otros fenómenos más primarios (psicopatológicos o no psicopatológicos). Su contenido es parcialmente comprensible en el conjunto de las vivencias del paciente y se modifican al hacerlo las circunstancias o el fenómeno del que se derivan.

➔ 8.3.1. Clasificación según los contenidos

- Referencia o autorreferencia: la conducta de los demás se está refiriendo a uno mismo.
- Persecución, perjuicio: creencia de estar siendo perseguido o existencia de una conspiración en contra.
- Control o influencia: estar bajo el control de alguna fuerza extraña o de una persona.
- Significación: los hechos cotidianos tienen significados especiales (autorreferidos).
- Celotípicos: creencia de una infidelidad por parte de la pareja del enfermo.
- Erotomaniaco o de Clérambault: creencia que otra persona que goza de popularidad o de nivel social, cultural o económico superior está locamente enamorado del sujeto.
- Megalomaniaco o de grandeza: estimación de idea exagerada de sus capacidades, bienes, rol social, etc.

- Religiosos o místicos: contenido de carácter religioso (por ejemplo delirio mesiánico).
- Fantásticos: temáticas que físicamente son imposibles (extraterrestres...).
- Culpa: convicción de haber hecho algo imperdonable y que merece ser castigado.
- Ruina: creencia de que se han perdido todas las posesiones materiales.
- Somáticos-hipocondriacos: convicción de que su cuerpo o parte del mismo no está funcionando bien.
- Nihilista (Cotard): se caracterizan por contenidos de negación o inexistencia, que uno está muerto, vacío, sin vísceras.
- De Capgras o ilusión de Sosias: creencia de que ciertas personas significativas para la vida del paciente han sido sustituidos por dobles exactos.

➔ 8.3.2. Clasificación según su organización

- Sistematizados (sistema delirante): delirios organizados armónicamente; el paciente puede justificar su creencia con una compleja trama de detalles que se sostienen unos a otros.
- No sistematizados: delirios en los que las ideas no tienen relación unas con otras, la conexión es simple, absurda y poco consistente en su argumentación.

➔ 8.4. ALTERACIONES DE LA VIVENCIA DEL PENSAMIENTO

En estas experiencias el paciente siente que su mundo interno escapa a su control de manera que pierde su carácter de privacidad y propia pertenencia. Se describen fenómenos de difusión, inserción, robo y lectura del pensamiento.

9. PSICOPATOLOGÍA DEL LENGUAJE

El lenguaje, configurado de un conjunto de signos, transmite mensajes que tiene la función de señalar el estado o la intención del emisor, influir al que los recibe e informar sobre los objetos y acontecimientos.

9.1. MANIFESTACIONES PSICOPATOLÓGICAS DEL LENGUAJE

- Ausencia de lenguaje o mutismo: ausencia total de lenguaje verbal sin que estén afectadas las capacidades instrumentales del lenguaje.

9.2. ALTERACIONES DEL RITMO

- Taquifemia/bradifemia: excesiva rapidez/enlentecimiento en la emisión de las palabras.
- Espasmofemia o tartamudez: bloqueo o repetición de las sílabas iniciales de las palabras.

9.3. ALTERACIONES DE LA SIGNIFICACIÓN

- Neologismos: creación y uso de palabras o expresiones sin un significado generalmente aceptado y a las que el paciente da un significado concreto.
- Paralogismos: a una palabra existente se le da un significado diferente al real.

9.4. ALTERACIONES DE LA ARTICULACIÓN

- Disartria: perturbación en la articulación de los fonemas.

9.5. TRASTORNOS ITERATIVOS

- Estereotipia verbal: repetición uniforme de palabras o sílabas de forma espasmódica.
- Verbigeración: iteración incesante de palabras o frases de forma automatizada y carente de sentido.

10. PSICOPATOLOGÍA DE LA SENSOPERCEPCIÓN

La sensopercepción constituye una forma superior de conocimiento. El acto perceptivo conecta nuestra conciencia con el mundo exterior a través de la aprehensión de datos sensoriales concretos y manifiestos.

10.1 ALTERACIONES DE LA SENSOPERCEPCIÓN

10.1.1. Distorsiones sensoriales

- Según la intensidad: disminuciones (hipoestesias) y aumentos (hiperestesias) de la intensidad de las vivencias perceptivas.

10.1.2. Alteraciones cualitativas

- Desrealización: sentimiento de extrañeza extrema que acompaña a la percepción de realidades conocidas. Suele acompañarse del fenómeno de despersonalización (una sensación subjetiva de irrealidad, extrañeza o falta de familiaridad de su propia persona).


10.1.3. Alteraciones en la forma y tamaño

- Dismegalopsias: alteración del tamaño de lo percibido; referidas al tamaño se conocen como macro o micropsias.
- Heautometamorfopsia: deformación el propio cuerpo o de miembros aislados.

10.1.4. Alteraciones en la integración perceptiva

- Escisión: el objeto percibido se desintegra en fragmentos o elementos, ya sean sólo en las formas (morfolisis) ya en la disociación forma/color (metacromías).
- Sinestesia: la percepción de determinada sensación se asocia con una imagen perteneciente a distinto órgano sensorial fundiéndose las cualidades de ambas.

10.2. ENGAÑOS SENSORIALES


- Ilusiones: falsas interpretaciones de los estímulos provenientes de un estímulo real por inatención, tensión emocional o la actividad de la fantasía (paraeidolias).
-  Alucinaciones: se pueden definir como una experiencia similar a la percepción que ocurre en ausencia de estímulo apropiado, es vivenciada en el espacio sensorial externo con el mismo impacto de una percepción real y que no es susceptible de ser controlada voluntariamente por el sujeto que la está experimentando.

Clasificación:

- Según su complejidad: elementales (luces, ruidos) o complejas (imágenes, canciones,...).
- Según esfera sensorial:
 - Auditivas: las más frecuentes son las verbales (voces que comentan acciones, amenazan,



insultan, ordenan o expresan en voz alta los pensamientos). También pueden presentarse en forma de sonidos, piezas musicales...

- Visuales: desde sensaciones ópticas elementales hasta imágenes estructuradas como la visión de objetos, animales (zoopsias) o personas.
- Olfatorias y gustativas: suelen ir unidas y acompañas de delirios; se suelen presentar en forma de olores y sabores desagradables.
- Táctiles o hápticas: sensaciones cutáneas de presión, temperatura, de deformación o infestación de la dermis (formicación).
- Somáticas o cenestésicas: son transiciones de las alucinaciones táctiles; están referidas al cuerpo o algunos de los órganos (sobre todos vísceras).
- Cinestésicas: sensación de desplazamiento, de inhibición del movimiento, cambio de posturas.
-  Pseudoalucinaciones (alucinaciones psíquicas): percepciones vividas en el espacio subjetivo interno que son vivenciadas con certeza de realidad.
- Alucinosis: es una verdadera percepción sin objeto que en el momento de producirse es adecuadamente criticada por el sujeto (juicio de realidad negativo).

11. PSICOPATOLOGÍA DE LA VOLUNTAD

Entendemos la voluntad como la facultad que mueve a realizar o no un acto determinado. No comporta únicamente un poder de impulsión, sino que supone también la facultad de frenar la tendencia a obrar cuando la decisión es prematura, así como toda tentación irrazonable de replantear una decisión ya tomada o de modificar una acción iniciada.


11.1. TRASTORNOS DE LA VOLUNTAD

- Actos impulsivos: actos que se realizan sin reflexionar a consecuencia de un imperativo y arrollador impulso limitador de la libertad que no permite tener en cuenta los efectos de dichas conductas o decisiones.
- Hipo/abulia: el paciente tiene dificultad o carece de impulso, carece de la apropiada capacidad

de decisión o de la energía normal de la voluntad para superar la inhibición; el individuo queda entregado a actividades reflejas o meramente instintivas.

12. PSICOPATOLOGÍA DE LAS TENDENCIAS INSTINTIVAS Y DE LAS NECESIDADES VITALES. INSTINTO DE VIDA

La tendencia instintiva más relevante del ser humano es el instinto de conservar la propia vida. La vertiente patológica de este instinto nos adentra en el terreno de las tendencias autoagresivas.

- Pensamientos suicidas: presencia de pensamientos de muerte y suicidio sin ninguna iniciativa encaminada al acto.
- Conductas autolesivas/mutilaciones: conductas del propio sujeto que suponen un daño corporal que por lo general no compromete la vida salvo en circunstancias no deseadas y que escapan al autocontrol.
-  Intento de suicidio: acto autoagresivo realizado por el propio sujeto, de carácter voluntario y generalmente individual y que, por algunas circunstancias, tiene un resultado no letal. Se distingue:
 - Suicidio frustrado: acto llevado a cabo con intenciones suicidas que por circunstancias ajenas a la voluntad del paciente no conduce a la muerte.
 - Parasuicidio o conducta parasuicida: si bien la persona manifiesta expresamente su intención de morir, se asegura, en la medida de lo posible y con un fin manipulador del entorno, que dicha circunstancia no se consuma.
 - Suicidio consumado: resultado final de una serie de actuaciones dirigidas a producirse de forma voluntaria la muerte.

13. SUEÑO

El sueño es un estado fisiológico, activo fisiológicamente y rítmico que aparece cada 24 horas en alternancia con fases de vigilia. Es un estado particular de la conciencia fácilmente reversible mediante estimulación ligera (diferencias con el coma o la hibernación).

13.1. PRINCIPALES ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS DEL SUEÑO

- **Disomnias:** afecta a la cantidad o calidad de sueño así como al ritmo circadiano.
 - Insomnio: disminución de la cantidad del sueño o dificultad (agripnia) para conciliar, mantener o despertar precoz.
 - Hipersomnia o letargia: incremento en la somnolencia diurna.
 - Cataplejía: pérdida del tono muscular con parálisis generalizada de segundos de duración.
 - Narcolepsia: accesos súbitos, breves e incontrolables de sueño (REM) que aparecen a intervalos más o menos cortos.
- **Parasomnias:**
 - Pesadillas: producciones oníricas aterradoras que despierta al paciente sobresaltado y asustado.
 - Terrores nocturnos: episodios de despertar brusco (primera mitad de la noche) en los que la persona se incorpora con inquietud-agitación y una tormenta vegetativa y pánico.
 - Sonambulismo: aparición de episodios recurrentes en el que paciente realiza conductas automáticas, más o menos complejas, sin ser consciente de sus actos.

14. CONDUCTA ALIMENTARIA

Al acto de comer se asocian múltiples y variadas circunstancias existenciales y socio-culturales. El hambre es la necesidad de ingerir cierta cantidad de alimento para la supervivencia. El apetito incluye un aspecto cualitativo referido a una preferencia o selección de los alimentos a ingerir así como el momento y circunstancias de dicha ingesta.

14.1. ANOMALÍAS EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA

- **Desviaciones cuantitativas por exceso:**
 - Hiperfagia: aumento sostenido de la ingesta de alimentos.
 - Bulimia: episodios de ingesta incontrolada de gran cantidad de alimentos.
- **Polidipsia psicógena:** ingesta excesiva y desproporcionada de líquidos (potomanía: deseo frecuente y mantenido; dipsomanía: de forma impulsiva).
- **Desviaciones cuantitativas por defecto:**
 - Rechazo alimentario: actitud esquiva y opo- sicionista ante la ingesta de determinados alimentos.
 - Anorexia: disminución o ausencia del deseo de comer.
 - Adipsia: alteración por defecto de la sed y de la ingesta voluntaria de líquidos.
- **Desviaciones cualitativas:**
 - Pica o alotriofagia: ingesta persistente de sustancias no nutritivas e inapropiadas so- cioculturalmente (tierra, cal, cabellos, excre- mentos...)
 - Mericismo o rumiación: regurgitación repetida y voluntaria de alimentos ingeridos.

15. SEXUALIDAD

La sexualidad humana normal o sana es un fenó- meno complejo y de difícil definición. En ella se en- tremezclan factores biológicos, de personalidad, las circunstancias vitales de cada momento y el medio socio-cultural.

- **Disfunciones sexuales:** anomalías en la ejecu- ción del acto sexual.
 - Alteraciones en los procesos fisiológicos de la respuesta sexual (deseo-excitación-orgasmo- resolución): deseo sexual hipoactivo, aversión sexual, erotomanía, impotencia, trastorno de excitación en la mujer; anorgasmia, eyacula- ción precoz.
 - Trastornos álgicos: ejecución (dispareunia, va- ginismo); consecución (disforia postcoital).
- **Parafilias:** conductas sexuales en las que se obtiene la excitación sexual bien a través de estímulos diferentes a personas adultas bien de prácticas que se supeditan a determinadas condiciones u objetos (paidofilia, fetichismo, masoquismo, sadismo, frotteurismo, zoofilia, necrofilia, coprofilia...).



RECOMENDACIONES CLAVE

La psicopatología descriptiva se configura como un conjunto de términos con los que el clínico identifica y describe los síntomas y signos de las enfermedades mentales. Esta terminología y sintaxis psicopatológica permitirá diagnosticar los principales síndromes clínicos.

Es necesaria una exploración que abarque todas las áreas psicopatológicas para poder establecer hipótesis diagnósticas y planificaciones terapéutico-rehabilitadoras adecuadas.

16. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Eguíluz I, Segarra R. Introducción a la psicopatología. Barcelona: Ars Médica. 2005.

Higueras A, López JM. Compendio de psicopatología. 4ª ed. Granada: Círculo de estudios psicopatológicos. 1980.

Kaplan H, Sadock B, Sadock V. Sinopsis de psiquiatría. 9ª ed. Madrid: Waverly Hispánica. 2003.

Luque R, Villagrán JM. Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias. Madrid: Trotta. 2000.

Vallejo J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 6ª ed. Barcelona: Masson. 2006.

17. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Alonso Fernández F. Fundamentos de la psiquiatría actual. Madrid: Paz Montalvo. 1972.

Berrios GR, Fuentenebro F. Delirio. Madrid: Trotta. 1996.

Cabaleiro Goas M. Aportaciones a la fenomenología psicopatológica. Madrid: Paz Montalvo. 1972.

Jaspers K. Psicopatología general. México: Beta. 1993.

Schafetter CH. Introducción a la psicopatología general. Madrid: Morata. 1988.



22. HABILIDADES BÁSICAS DE ENTREVISTA CLÍNICA



Autores: Marta Marín Mayor y Jaime Chamorro Delmo
Tutora: Mercedes Navío Acosta
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

CONCEPTOS ESENCIALES

Fases iniciales: el saludo, la presentación, el marco y las primeras preguntas van a ser fundamentales para el devenir de la entrevista.

Fases intermedias: los tipos de preguntas que hay que realizar y las técnicas de entrevistas nos van a ayudar a establecer una buena relación terapéutica, que en si misma tendrá la capacidad de producir cambios en el paciente.

Fases finales: el plan terapéutico y la despedida repercutirán en las siguientes citas del paciente, completando así la entrevista clínica.

Situaciones especiales: dependiendo de la tipología clínica utilizaremos diferentes habilidades para el manejo de estas situaciones.

1. INTRODUCCIÓN

En el capítulo que presentamos a continuación, pretendemos exponer de una manera esquematizada, sencilla y práctica, los aspectos más relevantes de la entrevista clínica y las habilidades que el profesional de la salud mental debe desarrollar en la misma. En el ejercicio de la psiquiatría, el diagnóstico va a ser fundamentalmente clínico, y la herramienta a través de la cual se va a llegar a éste, va a ser la entrevista. Sin embargo, lo que convierte a la entrevista psiquiátrica en un instrumento excepcional, es el hecho de que además, el encuentro del psiquiatra con el paciente va a resultar en sí terapéutico.

De esta manera, podríamos definir la entrevista clínica psiquiátrica como una relación interpersonal de carácter profesional que se establece en el momento del encuentro del psiquiatra con su paciente, y cuya finalidad es poder orientar su diagnóstico y tratamiento.

La entrevista clínica tiene varios objetivos. En primer lugar, y como ya hemos señalado, orientar el diagnóstico del paciente a través de la recogida de información (historia biográfica, rasgos de personalidad, entorno familiar y social, psicopatología). En segundo lugar, conocer a la persona que hay detrás del paciente, ver sus particularidades, lo que le hace único. Otro objetivo que se persigue desde el mismo instante en que clínico y paciente entran en contacto, y que facilitará la consecución de los dos anteriores, es el de crear y mantener la relación interpersonal; es fundamental lograr que el paciente confíe en nosotros, pues de esta forma la cantidad y calidad de la información que nos proporcione será mayor. Asimismo, este tercer objetivo también ayudará a lograr que el paciente se comprometa con el tratamiento; casi todas las obras dedicadas a la técnica en la entrevista coinciden en señalar que lo más importante es que el paciente acuda a la siguiente cita. Para concluir, se deberá responder a las expectativas del paciente, siempre que sea posible, de manera que



éste se sienta comprendido. Y todo ello se realizará respetando el tiempo destinado a la entrevista; la mayoría de los autores propugnan una duración aproximada de 45 minutos y, en cualquier caso, no superior a una hora, aunque esto va a depender de la situación psicopatológica del paciente.

La entrevista clínica cuenta con tres fases: la fase inicial, la fase intermedia y la fase final. En cada una de estas fases, el psiquiatra tendrá que poner en práctica unas técnicas específicas, que vamos a desarrollar a continuación. Además, analizaremos otros puntos de interés, como son la alianza terapéutica y la relación interpersonal, y cómo manejar las situaciones especiales y los temas sensibles.

2. FASE INICIAL

La fase inicial constituye uno de los pasos más importantes de la entrevista, ya que la primera impresión que el clínico se forma del paciente y que, a su vez, el paciente se forma del clínico, pueden dirigir el devenir de la entrevista. Por dicho motivo, hay que ser extremadamente cuidadoso en los primeros pasos de la entrevista, ya que el paciente va a valorar el grado de interés que demuestra el terapeuta, su habilidad para crear un clima adecuado, y la forma y tono que utiliza a la hora de formular las preguntas. A su manera, también evalúa los conocimientos del terapeuta.

2.1. EL MARCO DE LA ENTREVISTA

El lugar donde se debe llevar a cabo la entrevista debe ser un lugar tranquilo, aislado de estímulos externos que puedan perturbar el desarrollo de la misma. Deberá estar provista de asientos cómodos y en número suficiente, por si es necesario entrevistar a los familiares. Es recomendable que estos asientos estén aproximadamente a la misma altura. Con respecto a la colocación, se aconseja que sea de manera oblicua para mantener un buen contacto ocular (aunque esto varía en función del contexto en que se desarrolla la entrevista). La consulta debe ser lo suficientemente amplia y habrá que evitar retratos y fotos de familiares ya que despistarían al paciente. A veces, puede resultar útil colocar un reloj de pared que nos ayude a controlar los tiempos de la entrevista sin que el paciente se percate. En general, hay que intentar evitar el exceso de terapeutas y de familiares

dentro de la consulta, ya que pueden incomodar al paciente. En definitiva, lo que se busca es encontrar un espacio donde el paciente se encuentre más cómodo para poder expresar sus sentimientos sin que se produzcan interferencias externas.

2.2. HABILIDADES DE LA FASE INICIAL

El primer aspecto que tendremos que cuidar a la hora de recibir por primera vez a un paciente, será el saludo inicial. El recibimiento ha de ser cordial, natural y adaptado a las necesidades psicopatológicas, socioeconómicas y culturales del paciente. Se invitará al consultante a entrar y nos presentaremos a nosotros mismos, explicitando nuestra especialidad. Ha de evitarse el uso de frases excesivamente cordiales como “me alegro de conocerle”.

A continuación, el terapeuta debe invitar al paciente a tomar asiento, mostrándole con palabras y gestos donde debe sentarse. En ocasiones, algunos psiquiatras prefieren que sea el propio paciente el que elija este lugar, ya que de esta manera se obtiene información clínica sobre el enfermo, y no invitan expresamente a tomar asiento. Otros, prefieren indicar al entrevistado donde tiene que sentarse, dando un mensaje de acompañamiento. A veces, dejar tomar la decisión al paciente de donde sentarse, puede ser una manera implícita de transmitirle que, en la entrevista, va a tener un papel activo y cierta responsabilidad. En resumen, las formas de proceder en lo que respecta a este apartado son muy heterogéneas, pero van a depender fundamentalmente de la impresión clínica que nos genere el paciente, y así, un paciente depresivo necesitará acompañamiento, mientras que un paciente paranoico, libertad para no sentirse acorralado. Finalmente, no se debe olvidar la necesidad de colocar cerca de nosotros a los pacientes con problemas de hipoacusia y ancianos con dificultad de entendimiento.

En los momentos iniciales se recomienda permitir un tiempo corto, de adaptación del paciente, previo al comienzo. En algunas ocasiones, tras el saludo inicial, se deberá explicar la entrevista (los objetivos de la misma, en qué va a consistir, su duración, la confidencialidad de toda la información proporcionada por el paciente durante la consulta, etc.), dejando posteriormente un espacio al entrevistado para que pueda formular preguntas o realizar aclaraciones a

este respecto; de esta manera, conseguiremos reducir su nivel de ansiedad e incertidumbre con respecto a la entrevista.

A veces, será el propio paciente el que tras unos breves segundos “rompa el hielo” y exponga los motivos que le traen a consulta. Otras veces, el paciente optará por preguntarnos por donde nos gustaría que empezase su relato. En este sentido, es importante transmitirle que tendrá libertad para comenzar por “donde quiera”, por lo que él “considere más importante”; así le decimos, indirectamente, que va a tener un papel activo en el desarrollo de la entrevista, y evitamos situaciones de pasividad y/o dependencia. Si el enfermo no expresa espontáneamente los motivos de la consulta, tendremos que ser nosotros mismos los que formulemos una pregunta inicial. Esta pregunta deberá ser sencilla en cuanto a la forma, de fácil respuesta, en tono no amenazante, y abierta. Lo más importante es no utilizar formas estandarizadas, que resten naturalidad al clínico, y que éste sea capaz de improvisar en función del paciente que se encuentra en frente. La elección de estas formas de comienzo depende, entre otras cosas, de la personalidad del terapeuta, de la del paciente, y de la patología a tratar. Por lo general, preguntas abiertas del tipo “¿qué le trae a verme?”, “¿por dónde quiere que empezamos?”, “¿en qué puedo ayudarle?” son las más idóneas. No es conveniente usar el modo imperativo, ni formular preguntas específicas, ya que se perderá mucha información. La duración de esta fase preliminar será de aproximadamente 5 minutos, aunque puede variar en función del estado del enfermo.

3. FASE INTERMEDIA

La entrevista inicial, tal vez por su dinamismo, por lo irreplicable del encuentro, por lo particular de cada participante, por las múltiples variables que intervienen, en muchos aspectos es un arte, pero manejar un esquema básico facilita la tarea.

No se trata de seguir secuencialmente un plan ni de improvisar, se intenta lograr un punto intermedio que posibilite el relato libre del paciente modulado por las intervenciones del terapeuta para extraer los datos significativos. Como norma general, el paso de la fase inicial de la entrevista a la fase intermedia, se debe realizar respetando una serie de principios

básicos: se procederá de lo más impersonal a lo más personal; de lo neutro a lo más cargado emocionalmente; de lo más reciente a lo más alejado; de lo más general a lo más específico. Mostrar una actitud neutral, tranquila y objetiva, de interés y empatía. Ser flexible, acompañar al paciente, ajustar el tono en intervalos regulares, asegurarse con el paciente de que estamos entendiendo lo que sucede. El objetivo prioritario es la obtención de la información necesaria para llegar a un diagnóstico presuntivo.

3.1. TIPOS DE PREGUNTAS

La pregunta deberá ser formulada con claridad, esto es, sin ambigüedad, con una intensidad suficiente, bien articulada y adaptada a la capacidad intelectual, nivel cultural y estado psicopatológico del paciente, no demasiado larga, y centrada en un tema. Con una entonación adecuada, ajustando el contenido de la pregunta y dicha entonación, al estado emocional del sujeto. Deberá ser pertinente, en función del grado de confianza que se haya establecido en la relación terapéutica, y del contexto.

En función del grado de apertura de las preguntas, éstas pueden ser:

3.1.1. Preguntas que posibilitan respuestas no limitadas o preguntas abiertas

Este tipo de preguntas (sugestivas), facilitan que el paciente se explaye con libertad sobre el tema que él considera como problema. Suele ser muy útil en el inicio de la entrevista, la cual va a quedar mucho más rica y profunda, pero tiene el inconveniente de que puede dar pie al divague por detalles intrascendentes.

3.1.2. Preguntas que limitan las respuestas (alternativas) o preguntas cerradas

Con esta fórmula dirigimos la respuesta para conseguir la información que necesitamos para completar una orientación diagnóstica o precisar un síntoma. Están especialmente indicadas cuando la persona entrevistada muestra fuertes emociones, pues disminuye la tensión emocional, cuando el tiempo del que disponemos para entrevistar es escaso, para centrar a sujetos verborreicos o prolijos, en pacientes psicóticos o desorganizados, y en sujetos con un origen cultural distinto.



3.1.3. Otro tipo de preguntas que se emplean en la entrevista clínica psiquiátrica

- Pregunta sugestiva activa, que es aquella con respuesta sugerida (“¿Ud. se siente agobiado, no es verdad?”). Esta fórmula orienta la respuesta. Se debe realizar cuando otros indicios hacen sospechar una respuesta afirmativa. Hay que recordar que no es espontánea y puede ser de complacencia.
- Preguntas de elección múltiple o alternativa, que son aquellas preguntas cerradas en las que se ofrece al paciente múltiples opciones de respuesta (“cuando dice que no duerme ¿es porque le cuesta conciliar el sueño, se despierta muchas veces o se despierta muy temprano?”).
- Preguntas aproximativas o de tanteo, que son aquellas en las que se hace una formulación indirecta, cuando se prevé que la formulación directa puede afectar la sensibilidad de la persona entrevistada (“¿cómo va todo en casa?”).
- Preguntas antagónicas, son aquellas preguntas de contenido crítico hacia el paciente. Se recomienda evitar este tipo de preguntas y preguntas en cuya formulación se encuentre un “por qué”, ya que suelen tener connotaciones acusatorias.
- Preguntas proyectivas, que son aquellas que se formulan situando al sujeto en circunstancias supuestas y se le pide que conteste como si fueran reales (“si fuera rico, ¿en qué gastaría su dinero?”).
- Preguntas indirectas, que son aquellas en las que se pide al paciente que responda a través de lo que cree que otros responderían (“¿qué pensarían tus padres si supiesen que consumes cannabis?”).
- Preguntas indagatorias, que son aquellas que se emplean para aclarar contestaciones cuyos contenidos son imprecisos, incompletos o equívocos (¿qué quiere decir con que se siente extraño?”). Su finalidad es determinar el significado de palabras o frases, concretar generalizaciones y completar información.

4. RELACIÓN INTERPERSONAL Y ALIANZA TERAPÉUTICA

La relación interpersonal y la técnica constituyen los dos pilares básicos de la entrevista, y se influyen

mutuamente, de manera que la relación supone el contexto que facilita la técnica, y a su vez, ésta bien realizada favorece una relación interpersonal idónea. Conseguir una buena relación terapéutica implica:

- Lograr que tanto el paciente como el clínico se sientan cómodos en el encuentro (reconociendo el terapeuta las señales transmitidas por el paciente y respondiendo a las mismas).
- Descubrir el sufrimiento del paciente y mostrarle compasión (respondiendo con empatía).
- Evaluar la capacidad de introspección del paciente (comprendiendo la visión que el paciente tiene de su problema) y convertirse en su aliado (separando la parte enferma del paciente, y acercándose a la parte sana, y estableciendo los objetivos terapéuticos).
- Tener pericia (situando la enfermedad en perspectiva, demostrando conocimiento, haciendo frente a las dudas, infundiendo esperanzas razonables).
- Establecer el liderazgo como terapeuta (demostrando capacidad para motivar y guiar al paciente, pero sin exhibir un carácter autoritario y siendo paternalista).
- Equilibrar los papeles de terapeuta y paciente en el marco terapéutico.

Debemos prestar atención, tanto a las señales verbales, como a las no verbales, transmitidas por el sujeto. A nivel verbal, el clínico debe estudiar el grado de interacción verbal más apropiado, adaptándose en todo momento al nivel intelectual, sociocultural y psicopatológico del enfermo. En general, deberemos emplear palabras comprensibles para el paciente, evitando utilizar una terminología traumatizante y tecnicismos. Al mismo tiempo, habrá que estar atentos a las expresiones que utiliza el sujeto al describir sus vivencias anómalas.

A nivel no verbal, deberemos centrarnos tanto en el lenguaje corporal del paciente (expresión facial, postura, respiración, contacto ocular) como en su paralenguaje (entonación, intensidad de la voz), lo que nos proporcionará una información muy rica sobre su estado emocional o psicopatológico. En este punto, es importante señalar, que al igual que nosotros nos percatamos de la comunicación no verbal del paciente, así lo hace el paciente con nosotros, por lo que

el entrevistador deberá controlar sus propios gestos y expresión facial, de modo que no de muestra de aburrimiento, prisa, desaprobación o rechazo.

Se ha de aceptar al paciente independientemente de su apariencia física, sus ideas y acciones, evitando los juicios de valor y el tono moralista. Desde la aceptación, resultará más sencillo sugerir al paciente cuáles son los comportamientos o pensamientos que es aconsejable que modifique para aliviar su sufrimiento o problema. Además de aceptarlo, debemos percatarnos de su individualidad; ofrecerle muestras de apoyo, resaltar sus aspectos positivos, recalcar el esfuerzo que percibimos que está poniendo. Es importante que el clínico comunique al sujeto confianza sobre su capacidad de autodecisión, de modo que se escucharán sus propuestas de solución, favoreciendo su autonomía.

Por parte del entrevistador, en todo momento, debemos ser nosotros mismos, mostrar autenticidad y espontaneidad, sin que ello implique una familiaridad excesiva con el paciente y la revelación de creencias, opiniones o aspectos de nuestra vida personal (que solo en contadas ocasiones, y con fines terapéuticos, podremos expresar). Tendremos que percatarnos de las emociones que nos genera el paciente y el relato de su historia, de modo que podamos controlarlas y favorecer el proceso terapéutico.

Otro aspecto a cuidar es el del contacto físico con el paciente. El clínico debería limitarlo a estrechar la mano en el saludo inicial y en la despedida. Un contacto físico excesivo puede causar agobio en determinado tipo de pacientes, como los psicóticos o paranoides, o ser interpretado como con un contenido erótico en el caso de las pacientes histriónicas.

La apariencia física con la que nos presentamos ante el paciente, aunque pueda parecer una banalidad, resulta de suma importancia en el curso de la entrevista. Para evitar que el paciente se haga ideas equivocadas o preconcebidas sobre nuestra persona, conviene no vestir excesivamente informal, y en todo caso, de la manera más neutra posible.

Para finalizar, debemos conseguir crear un clima en el que el paciente se sienta cómodo en el relato de su problema. Por ello, se deberán evitar las interrupciones; tomar anotaciones, siempre de una manera

prudente. Aunque la discreción está implícita en la misma naturaleza de la entrevista, si el paciente expresa desconfianza, habrá que recalcarle la confidencialidad (salvo excepciones) del encuentro; esto disminuirá su tensión y permitirá que se abra en la narración de su problema.

5. TÉCNICAS

Como ya habíamos adelantado, la técnica es una parte fundamental de la entrevista. Una técnica adecuada favorece el desarrollo y mantenimiento de la relación y proporciona una ayuda en múltiples circunstancias clínicas. Las habilidades o técnicas básicas de entrevista se pueden dividir en tres grandes categorías:

5.1. HABILIDADES DE ESCUCHA

Cuyo objetivo es facilitar al terapeuta el acceso al discurso del paciente.

- Actitud general de escucha. Esta actitud supone una disposición a recibir la comunicación proveniente del paciente.
- Postura física del terapeuta. Se recomienda que el terapeuta se siente con un ángulo de 90° con respecto al paciente, inclinado hacia delante, con apertura de brazos y manos, manteniendo el contacto ocular y en una postura relajada.
- Actitud interna del entrevistador. Implica un silencio intrapsíquico, es decir, el terapeuta se compromete a dedicar sus reflexiones al paciente durante la entrevista, sin pensar en otras cosas, y una suspensión del juicio, es decir, el entrevistador intenta comprender el mundo de valores y significados del paciente.
- Atención a lo no explícito. Es fundamental prestar atención no sólo a lo que el paciente dice, sino también a lo que el paciente calla. Existen cinco categorías de discurso no explícito: el discurso incompleto, hay que localizar los fragmentos omitidos, indagando los motivos por los que se ha procedido así con ellos; el contenido implícito que incluye significados que no están explícitamente dichos; el discurso evasivo que se da cuando el paciente evita selectivamente determinados temas; las omisiones que tienen lugar cuando el entrevistado se ha referido con



detalle a aspectos de alguna faceta de su vida, pero no ha mencionado otros que pudieron ser relevantes; y el discurso recurrente que se refiere a los temas que aparecen reiteradamente en el discurso del paciente.

- Atención a la comunicación no verbal. El terapeuta obtendrá mucha información adicional sobre la situación del paciente, si presta atención a las formas no verbales de expresión, como: la apariencia general, el autocuidado, la actitud corporal, la expresión facial, el tono de voz, la presencia de reacciones neurovegetativas (sudoración, rubefacción, palidez).
- Atención a la respuesta experimentada por el terapeuta (utilización del yo observador). El terapeuta, a lo largo de la entrevista, se encuentra expuesto a múltiples situaciones que despertarán en él sentimientos, emociones y pensamientos. Es importante que les preste atención (reconocerlos y plantearse si son generales o responden a algo personal), para poder utilizarlas a favor, y no en contra, del trabajo terapéutico.

5.2. DE FACILITACIÓN DE LA ACTIVIDAD NARRATIVA O NO DIRECTIVAS

Las cuales se construyen en función del sistema de referencia del paciente. Pueden ser:

- No verbales y de intervención mínima. Se trata de estimular la comunicación sin especificar la naturaleza de la información buscada. Se realiza a través del lenguaje corporal (realizar movimientos afirmativos con la cabeza, elevar las cejas, fijar la mirada en el interlocutor, sonreír, inclinarse hacia el que habla), y expresiones verbales (comprendo) o guturales (ahá). No deben emplearse con pacientes excesivamente habladores, ni con los pacientes hostiles.
- Clarificación. Consiste en solicitar al paciente que especifique el significado concreto de una palabra o aspecto de su narración, que generalmente implica un sobreentendido o se refiere con términos ambiguos o convencionales que no permiten precisar su significado personal. Se hace a través de una pregunta generalmente.
- Repetición de la última frase. Se sitúa dentro de las llamadas técnicas reflexivas (al igual que la

paráfrasis y el reflejo empático). Consiste, como su nombre indica, en repetir la última palabra o frase que el enfermo ha dicho antes de detenerse en su relato.

- Paráfrasis. Se refiere a un enunciado que el terapeuta realiza con sus propias palabras sobre el contenido cognitivo del mensaje del paciente. De este modo, se transmite al paciente que hemos comprendido lo que nos quería transmitir, le ayudamos a centrarse en un tema o aspecto concreto, y realizamos una formulación más clara.
- Reflejo empático. Se trata de una intervención en la que el terapeuta recoge la parte afectiva del mensaje del paciente, incluyendo el tono emocional. Se usa para centrar la conversación en los sentimientos, permite que los pacientes puedan actualizarlos en la consulta y trabajarlos en el aquí y ahora, o reconocerlos y tomar conciencia de los mismos.
- Recapitulación o resumen. Consiste en la elaboración de dos o más paráfrasis o reflejos en los que se condensan algunos de los mensajes transmitidos por el paciente a lo largo de la entrevista. Permite interrumpir un discurso que se pierde en detalles irrelevantes y centrar la conversación.
- Hacer preguntas abiertas. Se invita a desarrollar un tema.
- Hacer preguntas cerradas. Sirven para precisar o cuantificar algo.
- Silencio. Supone una interrupción de la conversación. Es una respuesta del paciente y contiene un mensaje. La comprensión de los motivos por los que el entrevistado se calla temporalmente y el manejo adecuado de la duración de estos espacios mudos (evitando que sobrepasen los 15-20 segundos) aportan riqueza a la entrevista. Son importantes en momentos en los que el individuo está experimentando una fuerte tensión emocional.
- Autorrevelación. Se refiere a un enunciado en que el terapeuta comunica de manera intencional información sobre sí mismo, personal, pero no íntima. Proporciona técnicas de modelado, y muestra al terapeuta como ser humano.
- Inmediatez. Se trata de una descripción de sentimientos y/o observaciones concreta que expe-

rimenta el terapeuta en relación consigo mismo, con el paciente, con la relación. Debe limitarse al aquí y ahora. Se debe formular como una constatación, de modo que se evite la discusión.

5.3. DE FACILITACIÓN DE LA GENERACIÓN DE NARRATIVAS ALTERNATIVAS ESPECÍFICAS O DIRECTIVAS

Están organizadas en función del sistema de referencia del terapeuta y requieren de una mayor habilidad. Pueden ser:

- **Sondeo.** Es una pregunta que se refiere directamente a los problemas expresados por el paciente. Suelen contener la partícula “qué”, “cómo”, “cuándo”, “dónde”, “quién”. Pero es importante evitar el “por qué” ya que puede reafirmar la defensa o justificación por parte del paciente.
- **Aclaración de la capacidad.** Consiste en poner en evidencia la capacidad habitual del paciente con el objetivo de aumentar su confianza y ampliar la conciencia de sí mismo. Está contraindicada en pacientes muy autodescalificadores.
- **Indicación.** En esta técnica el clínico dirige la atención del paciente hacia algún aspecto llamativo que ha observado (palabras, gestos, comportamientos). Puede proporcionar información muy valiosa cuando lo que nosotros señalamos no coincide con las impresiones del enfermo, y éste nos lo aclara. También resulta útil en aquellos momentos de la entrevista en los que el entrevistado apenas participa.
- **Confrontación.** Confrontar consiste en poner de manifiesto contradicciones existentes en las narrativas del paciente. Describe algunas discrepancias o distorsiones que aparecen en los mensajes y/o conductas de los pacientes. Estas discrepancias se pueden dar a nivel del plano verbal, del no verbal, o entre ambos. Hay que ser precavidos a la hora de emplear esta técnica. Requiere que ya se haya establecido una relación interpersonal idónea.
- **Información.** Permiten transmitir al paciente datos referidos a hechos, experiencias, sucesos, alternativas o personas, con la intención de facilitarle la identificación de las opciones o alternativas de que dispone, el tener conocimiento de los elementos que le permiten evaluar las razones para escoger entre una y otra, o cuestionar concepciones erróneas sobre la naturaleza de las mismas y disipar mitos.
- **Interpretación.** Con esta técnica se ofrece al paciente una forma distinta de concebir su problema o una explicación de sus conductas y actitudes. Las interpretaciones han de basarse en una sólida información, aunque los clínicos experimentados consiguen interpretaciones válidas a partir de meras conjeturas debido a su alta capacidad de intuición. Los objetivos de la misma son: aumentar la autocomprensión del paciente (haciendo que comprenda mejor sus pensamientos, afectos, motivaciones y comportamientos), identificar las relaciones implícitas y ofrecer una explicación alternativa.
- **Dar instrucciones.** Se trata de una intervención por la que el terapeuta proporciona al paciente una información que tiene como objetivo instruirle, dirigirle, o indicarle el modo en el que puede realizar una determinada tarea. Habrá que buscar también *feedback* sobre la comprensión del paciente de lo enunciado, su repercusión emocional (cómo se siente) y cognitiva (que piensa de ello) y su disposición a seguirla.
- **Encuadre.** Trata de predisponer al paciente para que considere una situación o suceso desde una perspectiva determinada.

6. FASE FINAL

La fase final de la entrevista es de suma importancia. En esta última fase, una vez conseguidos los objetivos de evaluar al paciente y realizar un diagnóstico tentativo, se informará al paciente acerca de su situación y se le realizará un plan terapéutico. Éste debe ser comunicado al paciente, dándole instrucciones cuidadosas sobre el mismo y asegurándose de que el paciente (y/o la familia) lo ha entendido correctamente.

Es conveniente, cuando el final de la entrevista se va aproximando, que el entrevistador avise al paciente con algunos minutos de antelación sobre este hecho. Esto se puede realizar a través de avisos verbales del tipo: “ahora que estamos llegando al final” o “nuestro tiempo se está acabando”, o formulando preguntas como: “¿le parece qué ha olvidado algo importante



que contarme?”, que le ayudarán a hacer hincapié en que la entrevista está llegando a su fin, y a su vez, proporcionará información exploratoria adicional. Avisar al enfermo de que el encuentro terapéutico está a punto de concluir, le facilitará que pueda recuperar su estado emocional anterior y reducirá su nivel de ansiedad. Hay que evitar hacerlo interrumpiendo al paciente cuando está relatando un tema significativo.

En la fase final de la entrevista, es preferible realizar preguntas cerradas, para centrarnos en temas más específicos (ampliar información sobre algún tema ya tratado, o indagar sobre cuestiones omitidas por el entrevistado). Hay que procurar que disminuya gradualmente la intensidad del componente emocional de los temas que se están tratando y evitar introducir en este periodo temas principales. Sin embargo, a veces resulta inevitable que el enfermo introduzca un tema significativo en este periodo. En este caso, habrá que mostrar interés por lo que nos está contando. Podemos emplear frases como: “es interesante esto que plantea, en nuestro próximo encuentro empezaremos hablando sobre este asunto”.

A veces, convendrá realizar un resumen de cuanto el entrevistado ha dicho, subrayando los aspectos que el clínico considere más significativos, de una manera no dogmática y recalcando el carácter provisional del mismo. A la hora de informar al paciente sobre su diagnóstico, es importante ser cauteloso. Se debe evitar dar un diagnóstico formal, usar tecnicismos, aumentando su nivel de ansiedad e incertidumbre. Asimismo, este es el momento en el que se va a informar al paciente sobre el pronóstico de su problema. Este suele ser el punto que más preocupación le genera. Conviene no ser excesivamente concreto en cuanto a informar sobre la evolución temporal de los trastornos y síntomas que presenta, destacando los múltiples factores que van a intervenir en el devenir de los mismos, y en ocasiones, explicarle al sujeto que se necesitarán más entrevistas para afinar más en este apartado.

Finalmente, también es en este punto cuando tenemos que explicar al paciente el tratamiento que vamos a instaurar. Lo debemos hacer empleando un lenguaje que se adapte a su nivel cultural y capacidad de comprensión. Si se trata de una prescripción farmacológica, le explicaremos el por qué de la elección

del fármaco, sus ventajas e inconvenientes (efectos secundarios), la posibilidad de emplear otra sustancia dentro de un amplio arsenal terapéutico en caso de no tolerancia o falta de mejoría. Esto mejora la adherencia al tratamiento por parte del paciente. Si el tratamiento es fundamentalmente psicológico, se expondrá una idea general sobre el procedimiento terapéutico (técnica, duración, encuadre terapéutico, etc.).

Llegados a este punto es importante dar espacio al paciente para que pueda aclarar dudas o ahondar en algún punto, sobre lo que le acabamos de explicar. A veces, puede ser interesante sugerir al enfermo, una vez finalizada la entrevista, que reflexione sobre algunos de los aspectos de los que se ha hablado a lo largo del desarrollo de la misma, e incluso asignar alguna tarea para la próxima cita. Aunque no hay que mostrar un optimismo sin fundamento, ni infundir falsas esperanzas o expectativas en el sujeto, conviene que las últimas palabras del clínico, denoten algo de positivo.

En los pacientes que muestran resistencia a finalizar la entrevista o en aquellos difíciles de interrumpir (maniformes, ansiosos, pacientes que necesitan mucho contacto), no nos queda otro remedio que explicitar que la entrevista ha acabado y despedirnos con un cordial aviso del tipo: “Nos quedan pocos minutos para concluir, seguiremos el próximo día”. Para concluir definitivamente la entrevista, uno puede valerse además, de señales no verbales, que acompañen a las frases previamente referidas. Inclinarsse hacia delante, hacer el gesto de ir a levantarse de la silla, tapar el bolígrafo o guardar los papeles, ayudarán al paciente a entender que la entrevista ha concluido. El tiempo dedicado a esta última fase variará en función de la duración total de la entrevista y de las características del paciente. En una entrevista estándar, lo normal es que dure aproximadamente diez minutos. Aún así, si el paciente por la naturaleza de su trastorno se fatiga, podremos concluirla antes.

7. SITUACIONES ESPECIALES Y TEMAS SENSIBLES

Hasta ahora, nos hemos centrado en las fases en las que una entrevista estándar se divide, así como en las técnicas que solemos emplear en ella. Sin embargo, por la naturaleza de los sujetos que tratamos en nuestra especialidad, existen múltiples excepciones

a esta "entrevista normalizada". Exponemos a continuación aquellas situaciones excepcionales, que por su frecuencia, sus peculiaridades y la dificultad que entrañan, pueden resultar de mayor interés.

7.1. TEMAS SENSIBLES

Existen ciertos hechos (comportamientos, impulsos, actitudes, pensamientos) que suelen ser rechazados por la sociedad. Esto puede llevar al enfermo a pensar que el propio clínico los va a desaprobado, y por dicho motivo, tiende a ocultarlos, minimizarlos, o incluso negarlos durante la entrevista. Además, suelen despertar en él sentimientos de culpa o de vergüenza, lo que hace más difícil si cabe, la expresión de los mismos. Esto es lo que sucede con el consumo de alcohol y otras drogas, las alteraciones alimentarias, la sexualidad en general y los abusos sexuales, las conductas impulsivas patológicas (ludopatía, cleptomanía), o los secretos domésticos. En este caso, existen algunas técnicas que pueden facilitar el abordaje de los mismos. Lo más importante es no forzar al enfermo, de modo que sea éste libremente el que refiera los aspectos del tema sensible a tratar. A veces, la introducción de un comentario empático puede estimular al paciente a seguir hablando. Conviene "normalizar" el comportamiento o la vivencia que estamos explorando; esto se puede conseguir anteponiendo a la pregunta que vamos a formular, una frase suavizante que considere comprensible, natural o común el hecho sobre el que se está indagando, y que transmita al paciente la sensación de que es aceptado y entendido. Otra técnica que puede resultar útil es la de formular preguntas sugestivas, de modo que el clínico realiza la pregunta dando por hecho que el comportamiento en cuestión existe. También podemos utilizar la exageración, haciendo preguntas en las que conscientemente aumentamos la intensidad o frecuencia del comportamiento más de lo esperado por el paciente, lo que facilita que éste le reste importancia a lo que se le pregunte y que la respuesta, aunque minimizadora, se aproxime más a la realidad. Finalmente, podemos impulsar la jactancia, en aquellos pacientes que interiormente se sienten orgullosos de una conducta pero que tienden a no referirlos espontáneamente.

7.2. SUICIDIO

Se podría decir que explorar las ideas de suicidio se debe realizar casi de manera sistemática a lo largo

de la entrevista clínica. Se tiende a creer por muchos psiquiatras, especialmente al inicio de su actividad profesional, que explorar este aspecto puede incrementar la ansiedad, la depresión o dar la idea de suicidarse al paciente; pero de hecho, esto puede suponer en la mayoría de las ocasiones un alivio para el mismo. La mejor forma de abordar el tema es comenzando por preguntas generales sobre las ganas de vivir, pasando paulatinamente a otras más concretas sobre la ideación de autoeliminación y la elaboración y la realización de planes suicidas.

7.3. EL PACIENTE DELIRANTE O CON ACTITUD PARANOIDE

Lo más importante y, a la vez difícil, en este tipo de pacientes es conseguir el máximo de confianza. Para ello, hay que dar unos minutos al paciente para que se adapte a la situación y a nosotros. A diferencia de otro tipo de enfermos, la persona paranoide no se encontrará cómoda si se le dan muestras de cariño y apoyo, o se es excesivamente cercano; es preferible adoptar una actitud algo distante, pero auténtica, cortés y respetuosa, pues de lo contrario, se generará en él desconfianza. El tema del delirio no se debe abordar de entrada, sino que se hará tras una valoración completa del paciente. Se le debe ofrecer sensación de que se comprende que él cree en el delirio, pero que no lo compartimos.

7.4. EL PACIENTE VIOLENTO

La actitud del médico debe ser serena, pero poniendo en todo momento los límites al paciente. Se le debe ofrecer al sujeto la oportunidad de expresar su rabia y explicar los motivos de la misma. Puede ser de ayuda utilizar un tono de voz normal, sin una entonación autoritaria; reducir el contacto visual; no realizar movimientos bruscos que puedan confundir al paciente con respecto a nuestras intenciones, ni aproximarse en exceso, dando espacio físico al individuo; no confrontarle en sus contradicciones ni cuestionar o retar sus creencias; y no adoptar una actitud defensiva o contraatacar, en respuesta a la contratransferencia que nos genera, ya que de esta manera podemos incrementar su hostilidad. Se procederá a la administración de medicación sedante y a la contención mecánica en caso de que el paciente se vuelva muy violento e incontenible verbalmente.



7.5. EL PACIENTE NO COLABORADOR, RESISTENTE O MUTISTA

En muchas ocasiones los pacientes psiquiátricos acuden a la entrevista no por iniciativa propia, y con una escasa conciencia de enfermedad y de necesidad de ayuda. Por dicho motivo, suelen oponer resistencia a las actuaciones del entrevistador, dificultando el desarrollo y curso de la intervención. En estos casos, debemos intentar neutralizar la oposición del sujeto a la entrevista. Para ello contamos con varias herramientas: en primer lugar, deberemos reconocer la contrariedad presentada por el paciente, expresándole que reconocemos la oposición que mantiene a la entrevista y que comprendemos las emociones negativas (enfado, rabia, hostilidad, resentimiento) que le genera exponerse a la misma; asimismo, deberemos proporcionarle un espacio para que pueda exponer, según su punto de vista, los motivos de la

consulta; indagar sobre otros aspectos sobre los que desea ser ayudado y prestar atención a temas de interés para el paciente, para poder centrarnos en ellos, con lo que conseguiremos que gane algo de confianza en nuestra actuación; y finalmente, hacerle tomar conciencia sobre las ventajas que su colaboración con nosotros le brindará. En algunas ocasiones, el paciente involuntario puede responder con mutismo; en este caso, lo más sensato es adoptar una actitud expectante y recurrir a la comunicación no verbal (inclinándose hacia delante, manteniendo el contacto ocular y esbozando una ligera sonrisa). Se puede repetir la última palabra o frase expresada por el paciente o preguntar directamente por las razones que le mantienen en silencio, haciendo comentarios de contenido empático o interviniendo conforme a nuestras intuiciones acerca de lo sucedido para la adopción de dicha actitud por parte del paciente.

↑ RECOMENDACIONES CLAVE

Las habilidades clínicas en la entrevista psiquiátrica son una parte esencial de nuestra labor clínica diaria: la estructuración de la entrevista así como sus diferentes técnicas integrantes, nos son útiles para establecer un diagnóstico certero y para crear una buena alianza terapéutica que permita un vínculo genuino y redunde en beneficio pronóstico del paciente.

Las técnicas que aquí describimos forman parte de la experiencia clínica acumulada de los psiquiatras clínicos, formando parte de la ortodoxia de nuestra especialidad. Aunque la experiencia irá conformando un estilo propio a lo largo de nuestra profesión, estas bases teóricas de habilidades clínicas constituyen un punto de partida ineludible.

8. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Gradillas Regodón V, Gradillas González V. La entrevista clínica. *Psiquiatría* 21. Barcelona: Ars Médica. 2006.

Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. 4ª ed. Bilbao: Desclee de Brouwer. 2008.

Othmer E, Othmer SC. DSM-IV-TR. La entrevista clínica. Tomo I. Fundamentos. Barcelona: Ed. Masson. 2003.

Vallejo Ruiloba J. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Ed. Masson. 2008.

Kaplan H, Sadock J. Tratado de psiquiatría VI. 6ª ed. Lippincott Williams&Wilkins. 2008.

Goldberg D, Cervilla JA. Manual Maudsley de psiquiatría práctica. Madrid: Grupo Arán Ediciones. 2000.

Palomo T, Jiménez-Arriero MA. Manual de psiquiatría. Madrid: GSK. 2009. Disponible en: http://www.cermente.com/es/formu_manual.php

Mackinnon R, Michels R. Entrevista psiquiátrica en la práctica clínica. Madrid: Ars Médica. 2008.

Morgan H, Cogger J. Manual del entrevistador. Madrid: TEA Ediciones. 1998.

Gibbon M, Spitzer RL, First MB. Guía del usuario para la entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV SCID-I. Barcelona: Ed. Masson. 1999.

9. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Osler W. The Master Word in Medicine. En: Aequanimitas with other addresses to medical students, nurses, and practitioners of medicine. Filadelfia: Blakiston. 1904.

Leon RL. Psychiatric interviewing: a primer. Nueva York: Elsevier. 1982:61.

Shea C. Psychiatric interviewing. 2ª ed. Filadelfia: Saunders. 1998. 728.

Rogers C. Client-centered therapy. Boston: Hoghton Mifflin. 1997.

Kadushin A, Kadushin G. The social work interview. 4ª ed. Nueva York: Columbia University Press. 1997:49,132.

Mayer-Gross W, Slater S, Roth M. Clinical psychiatry. Londres: Castell y Co. 1960:40.

Morrison J. The first interview. Nueva York: The Guildford Press. 1995:25.

Carlat DJ. The psychiatric interview. Filadelfia: Lippincott Williams&Wilkins. 1999:52.





23. EXPLORACIÓN BÁSICA Y EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA



Autores: Ramón Bellot Arcís, Ignacio Díaz Fernández-Alonso y Vanessa Saiz Alarcón
Tutor: Alejandro Povo Canut
Hospital Universitario La Fe. Valencia

CONCEPTOS ESENCIALES

El instrumento básico para la evaluación psiquiátrica es la entrevista clínica.

La historia clínica recoge y estructura la información obtenida mediante la entrevista, incluyendo siempre unos apartados básicos.

Las pruebas complementarias ayudan a descartar la presencia patología orgánica asociada y a orientar el diagnóstico final.

En psiquiatría, la entrevista clínica constituye un instrumento fundamental para realizar la evaluación del paciente y en definitiva para alcanzar un diagnóstico y plantear un plan terapéutico; además sirve para establecer una buena relación terapéutica. La historia clínica recoge la descripción de la sintomatología obtenida en la anamnesis. En su redacción, si bien pueden existir variaciones, se debe seguir un orden, que permitirá estructurar la información recogida. Se suele recomendar iniciar la entrevista con preguntas abiertas, dejando hablar al paciente libremente durante varios minutos. De este modo, podemos apreciar cómo se expresa e intuir el probable desarrollo de la entrevista. Posteriormente, conviene ir realizando preguntas más directivas con el fin de recoger datos más concretos. La duración de la entrevista es variable, oscilando generalmente entre 30 y 60 minutos. Más breve puede resultar insuficiente para recoger la información de interés y, contrariamente, más larga puede cansar al paciente y dificultar el encuadre de las visitas posteriores. No obstante, la duración de la entrevista estará en función de las características del paciente, de modo que será más breve en pacientes agitados, psicóticos agudos o agresivos para evitar ocasionar demasiada tensión.

Los distintos apartados de la historia clínica psiquiátrica son los siguientes:

1. DATOS DE FILIACIÓN

Permiten identificar al paciente: nombre, sexo, edad, etnia, lugar de nacimiento, domicilio, estado civil, profesión, situación laboral y religión. Es recomendable disponer del nombre y teléfono de un familiar o allegado.

2. MOTIVO DE CONSULTA

Motivo por el que el paciente se encuentra en la consulta y origen de la derivación. Suele expresarse de manera breve y puede resultar útil plasmar de forma literal la queja principal del paciente. Para ello podemos consultar, previa o posteriormente a la entrevista clínica, diferentes fuentes de información, entre ellas, el volante de derivación, informes clínicos existentes, el relato de familiares y otras personas cercanas al entorno del paciente. Conviene recoger información sobre si el paciente ha acudido solo (puede indicar conciencia de enfermedad) o acompañado (puede apuntar hacia cierto grado de dependencia o denotar ausencia de conciencia de enfermedad); voluntaria



o involuntariamente; y el motivo de requerir atención en ese momento concreto.

↑ 3. ENFERMEDAD ACTUAL

Consiste en describir de forma cronológica la presentación de la sintomatología en el episodio actual. De este modo, conviene identificar los síntomas del paciente examinado, su evolución en cuanto a duración e intensidad, así como las posibles asociaciones temporales con eventuales factores predisponentes, precipitantes y mantenedores. Es importante, además, recoger la repercusión de los síntomas en el funcionamiento diario del paciente y, en caso de haber recibido tratamiento, la cumplimentación y respuesta terapéutica al mismo. De igual modo, conviene explorar el contexto social y familiar del paciente, que permitirá valorar de forma global el caso.

El ser capaz de valorar las dificultades concretas del paciente tal y como él las ha formulado y vincularlas a su entorno de manera coherente y certera, constituye una de las áreas de mayor dificultad en la práctica clínica del psiquiatra conformando uno de los pilares fundamentales de toda valoración psiquiátrica.

↑ 4. ANTECEDENTES PERSONALES

4.1. PSIQUIÁTRICOS

Debe incluir cualquier contacto previo con profesionales de salud mental, el motivo del mismo, su duración, posibles diagnósticos, intervenciones terapéuticas con respuesta terapéutica a las mismas, así como antecedentes de ingreso hospitalario (dónde han tenido lugar, qué tipo de tratamientos recibió, duración de la estancia y evolución). Este apartado nos permite valorar si la enfermedad actual constituye el primer episodio o, por el contrario, corresponde a una larga serie de episodios anteriores con periodos asintomáticos intercurrentes. Cobra especial interés la presencia de abuso y dependencia de tóxicos, incluyendo: cantidades, vía, frecuencia, circunstancias sociales en que se consumen, motivos y repercusiones en la vida del paciente.

4.2. SOMÁTICOS

Incluirá todos los antecedentes somáticos, especialmente los neurológicos o endocrinos que puedan

predisponer a la enfermedad mental (epilepsia, alteraciones tiroideas). Por tanto, convendrá recoger si presenta alergias medicamentosas conocidas, hipertensión arterial, dislipemias, diabetes mellitus, enfermedades médicas, cirugías previas y tratamiento médico actual.

4.3. FARMACOLÓGICOS

Se detallarán los tratamientos anteriores en los episodios previos, recogiendo ordenadamente cada fármaco, su dosis, la duración del tratamiento, y la causa de abandono o retirada del mismo, así como los antecedentes de reacciones adversas medicamentosas. Esencial en casos resistentes en los que dicha información nos permitirá plantear nuevas intervenciones terapéuticas.

↙ 5. HISTORIA FAMILIAR

5.1. GENOGRAMA

Consiste en realizar un esquema familiar a través de una representación gráfica de los integrantes de la familia y las relaciones que se establecen entre ellos, de modo que se recoja nombre, edad y ocupación de cada uno de ellos. Convendrá determinar si los padres del paciente son biológicos o no. En caso de separación de los padres o fallecimiento de alguno de ellos, es importante recoger la edad de éstos y la del paciente en dicho acontecimiento. Se describirá el tipo de vínculo entre el paciente con los miembros de su familia de origen y si lo hubiera con los miembros de su familia nuclear. De este modo, podremos conocer los patrones de interacción entre los padres del paciente, el entorno cultural y laboral, la estabilidad familiar (divorcios, separaciones, etc.), los valores de la familia, la relación del paciente con sus hermanos, así como el nivel actual de contacto o de apoyo familiar.

5.2. ANTECEDENTES FAMILIARES

5.2.1. Psiquiátricos

Es importante explorar la presencia de antecedentes familiares de enfermedad mental. Dicha información orienta sobre una posible predisposición biológica a determinados trastornos psiquiátricos, y permite completar la información sobre la dinámica familiar durante la infancia.

5.2.2. Somáticos

Debe incluir antecedentes familiares de tipo físico.

5.2.3. Terapéuticos

Se incluirán los antecedentes familiares de respuesta y eficacia a tratamientos farmacológicos o psicológicos. La existencia de antecedentes de buena respuesta a un tratamiento orienta hacia una mayor probabilidad de respuesta con dicho tratamiento en el paciente.

6. HISTORIA SOCIAL

Dada la influencia de factores sociales como precipitantes de múltiples trastornos mentales, es esencial recoger el nivel de apoyo social del paciente. Así conoceremos el nivel de funcionalidad o autonomía del paciente. Las áreas a explorar son:

- Área económica: ingresos y capital disponible, gastos habituales, deudas, desahucio y/o retirada de servicios domésticos, capacidad para planificar.
- Área externa: empleo, contactos sociales (familia, amigos, otros), capacidad para comprar, viajes y su finalidad y uso de recursos.
- Vivienda: cualidades de la misma (alquiler, en propiedad, tipo de vivienda, etc.), accesibilidad, medidas de seguridad, vecindario...
- Capacidad funcional: rutina diaria en un día normal, actividades de la vida diaria (higiene, tareas domésticas), ocio y hábitos religiosos y moralidad.
- Cuidadores: cuidadores informales (habitualmente familiares y amigos) y cuidadores profesionales (voluntarios, servicios sociales, profesionales sanitarios), objetivando las actitudes de cada uno de ellos hacia el paciente.

7. RUTINA DIARIA

Permite conocer la capacidad funcional del paciente y comprobar de qué modo está repercutiendo la sintomatología actual en la misma. Para ello, se puede solicitar al paciente que describa todo aquello que suele realizar en un día cualquiera.

8. PERSONALIDAD PREMÓRBIDA

Se trata de valorar el patrón habitual de comportamientos, actitudes y cualidades relacionales del paciente que existía antes del debut del trastorno mental, con objeto de evitar el sesgo que la personalidad puede provocar en la valoración de la psicopatología presente. Para ello, frecuentemente hemos de recurrir a informadores muy próximos al paciente que lo hayan conocido de forma continuada cuando no estaba enfermo. Existen una serie de pruebas psicométricas que podrán ayudarnos en esta tarea. Cabe resaltar que la descripción de la personalidad de un paciente debe realizarse con mucha prudencia y tras realizar una profunda valoración, siendo normalmente necesarias varias valoraciones para ello.

9. HISTORIA PERSONAL O PSICBIOGRAFÍA

Por tratarse de aspectos personales del paciente, alguno de ellos íntimos, y/o por falta de tiempo, convenirá recoger esta información en sucesivas entrevistas.

- Embarazo y nacimiento.
- Principales miembros de la familia, ambiente familiar y en el domicilio anterior al nacimiento. Debe incluir las circunstancias del embarazo: si fue o no deseado, si se consumieron tóxicos o fármacos y durante qué períodos de la gestación, y si hubo dificultades en el parto (alteraciones obstétricas, presentación anómala o sufrimiento fetal). En cuanto al nacimiento tendremos en cuenta: el tipo de lactancia y la relación precoz con la madre o figura de referencia (lo cual puede aportar información sobre posibles carencias afectivas o emocionales).
- Desarrollo precoz. Debe incluir el desarrollo psicomotriz (gatear, andar...), así como el control de esfínteres.
- Salud durante la infancia. Puede ser útil conocer si ha habido convulsiones durante la infancia, traumatismos craneo-encefálicos, ingresos prolongados en el hospital o limitaciones de la motilidad de larga evolución. Este apartado es importante ya que los pacientes con deficiente funcionamiento somático pueden haber sufrido experiencias difíciles o haber tenido dificultades de relación con sus iguales, con la siguiente re-



percusión psicológica. Además, es conveniente explorar manifestaciones psicopatológicas como hiperactividad, tics, tartamudeos, miedos exagerados, terrores nocturnos, etc...

- Relaciones fraternales y de amistad durante la infancia. Este apartado nos permitirá conocer cómo se fue estructurando emocionalmente el paciente a través de la interacción con sus hermanos e iguales.
- Escolaridad. Debemos recoger la edad de comienzo y finalización de la etapa escolar; si en algún momento se realizó una valoración del cociente intelectual del paciente; tipo y cambios de colegio, así como motivos de los mismos; relación con sus iguales y con el profesorado, además de problemas disciplinarios e historia de acoso escolar; nivel de estudios máximo alcanzado, la existencia de absentismo escolar (predictor de determinados trastornos mentales en el adulto) y experiencia subjetiva de la escolaridad.
- Desarrollo psicosexual y menstrual. Se preguntará sobre problemas menstruales en todos aquellos casos en los que sea relevante encontrar la presencia de dismenorrea, menorragia excesiva, tensión premenstrual o menopausia. Conviene tener en cuenta, que algunos psicofármacos producen alteraciones de tipo amenorrea o galactorrea.
- Historia relacional y sexual. En cuanto a las relaciones sentimentales, se ha de examinar la duración, profundidad y estabilidad de las mismas, identificando si hay patrones repetitivamente anormales. Asimismo, se debe recoger información sobre las expectativas del paciente en cuanto a la relación, si el inicio fue voluntario o forzado por un embarazo (podremos inferir estos datos por las fechas de nacimiento de los hijos o por la presencia de abortos), cómo afronta la pareja las responsabilidades y cómo tienden a tomar decisiones. Se deben explorar las tendencias de la pareja en cuanto a dominancia, sumisión, confianza, fidelidad, celos, violencia, etc. En cuanto a las relaciones sexuales, el grado de exploración dependerá del motivo de consulta. Las preguntas habituales son acerca de la pubertad, primera masturbación, actitudes de los padres y familia ante la sexualidad, orientación sexual, edad de los primeros contactos sexuales, seducción sexual o abusos sexuales

durante la niñez, presencia de parafilias, nivel de impulso sexual, presencia de menopausia, etc. En caso de abuso sexual en la niñez, describir a qué edad ocurrió, si fue abordado por un conocido o por un desconocido, la repercusión conductual y afectiva del hecho, etc.

- Historia ocupacional. Debemos averiguar el tipo de trabajos ejercidos, la estabilidad de los mismos con la capacidad del paciente para mantenerlos (cambios laborales y motivos), su manera de entenderlos y vincularse a ellos, así como la relación con sus superiores y compañeros de trabajo. Valorar el grado de satisfacción del paciente con su historia laboral, así como si sus planes son realistas y adaptados a sus capacidades y si tiene recursos formativos y funcionales suficientes para poder optar y luego mantener un trabajo.
- Servicio militar.
- Historial delictivo. En caso de que el paciente tenga antecedentes delictivos deberá recogerse información sobre las penas cumplidas o por cumplir, historia de violencia...

↑ 10. EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA O EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

- Descripción general (aspecto, comportamiento general, reacción al contacto, actitud).
- Nivel de conciencia o vigilia.
- Orientación temporo-espacial.
- Atención y concentración.
- Memoria.
- Percepción.
- Pensamiento (curso y contenido).
- Lenguaje y habla.
- Psicomotricidad.
- Afectividad (estado de ánimo, expresión afectiva y adecuación).
- Sueño.
- Conducta sexual.
- Conducta alimenticia.
- Introspección (*insight*).

11. EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

Comprende la exploración de: funciones superiores, pares craneales, fuerza y tono muscular, sensibilidad, reflejos, equilibrio y coordinación, marcha y movimientos anormales.

12. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

12.1. FÍSICAS

Dirigidas a explorar el estado físico del paciente, en especial en relación con los aparatos y sistemas relacionados con el sistema nervioso central u otros. Permitirán realizar un despistaje orgánico de los síntomas psiquiátricos cuando se sospeche la existencia de una patología médica de base.

12.1.1. Pruebas analíticas

Análítica general que incluya pruebas tiroideas, renales, hepáticas, ionograma, niveles séricos de vitamina B₁₂ y ácido fólico, así como serología luética VIH.

12.1.2. Exploraciones neurofisiológicas

Electroencefalograma (EEG), cuya aplicación práctica consiste en la detección de clínica epiléptica, en especial epilepsia temporal, que puede remedar sintomatología psiquiátrica.

12.1.3. Estudios de neuroimagen

- De estructura:
 - Tomografía computerizada (TAC): constituye una prueba rutinaria de detección en muchos centros hospitalarios.
 - Resonancia magnética (RM): con una resolución de la imagen superior a la de la TAC, es más adecuada para estudiar la fosa posterior, el cerebelo y el tegumento mesencefálico, así como para detectar lesiones desmielinizantes (esclerosis múltiple).

Las indicaciones para solicitar TAC o RM son las siguientes: estado confusional, demencia de causa desconocida, primer episodio psicótico de causa desconocida, primer episodio de depresión o manía después de los 50 años, cambio de personalidad tras los 50

años, antecedente de traumatismo craneal reciente, anorexia nerviosa con gran pérdida de peso y síntomas de deterioro cognitivo.

- De función: para estudiar el metabolismo y flujo sanguíneo cerebral. Se utilizan actualmente para investigación, no siendo utilizadas de rutina.
 - Tomografía por emisión de positrones (PET).
 - Tomografía computerizada por emisión de fotón único (SPECT), de menor coste e inferior resolución que la anterior.

12.2. PSICOLÓGICAS

Orientadas a investigar aspectos del sujeto que pueden tener relación con la clínica o con la personalidad. Se pueden dividir en los siguientes instrumentos:

12.2.1. Test de eficiencia

- En clínica, los test más indicados son los referidos a la medición de la inteligencia. Pueden ser útil para comprender las reacciones del sujeto así como las limitaciones en sus responsabilidades y conductas, sin constituir un diagnóstico clínico específico. Entre dichos test se encuentran el Test de Matrices progresivas de Raven (valora la capacidad general de abstracción y razonamiento lógico), así como La Escala de inteligencia de Termin-Merrill para niños o la de Wechsler para adultos (WAIS) (desde los 15 años).
- Menos valorados en clínica psiquiátrica son los test de aptitudes específicas y los test de rendimiento o ejecución.

12.2.2. Test de personalidad:

- Psicométricos: los más utilizados en clínica para establecer perfiles de personalidad. Entre ellos podemos citar los test de personalidad EPI, EPQ, 16PF, MMPI.
- Proyectivos (test de apercepción temática o TAT, test de Rorschach, test de la figura humana o HTP).

12.2.3. Pruebas de evaluación conductual

Son pruebas que recogen información sobre aspectos generales de la psicopatología del sujeto (GAS,



Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica o BPRS, Cuestionario de 90 Síntomas o SCL-90) o sobre aspectos específicos, como la ansiedad (Ansiedad-Rasgo de Spielberger, Escala de Hamilton para la Ansiedad o HARS), la depresión (Escala de depresión de Beck, Zung, Hamilton), el trastorno obsesivo (Leyton, Lynfield, Escala de Obsesiones y compulsiones de Yale-Brown o Y-BOCS), la esquizofrenia (Escala para Trastornos afectivos y Esquizofrenia o SADS), Inventario del Estado Psiquiátrico o PSS u otros.

No son válidas para realizar un diagnóstico clínico, sino como instrumentos de medición de aspectos específicos del trastorno o la respuesta terapéutica.

12.3. NEUROPSICOLÓGICAS

Hacen referencia al estudio de funciones psíquicas superiores, que pueden sufrir un deterioro en enfermedades psiquiátricas graves y, más frecuente y prolongadamente, en pacientes con trastornos orgánicos cerebrales. Existen test generales (test de Barcelona, CAMDE) y específicos (atención: Stroop o Test del Trazo; memoria: Figura Compleja de Rey-Osterrieth, Escala de Memoria de Weschler; funciones frontales: Test de Wisconsin de Evaluación Neuropsicológica mediante ordenación de tarjetas o WCST).

↑ 13. ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA (INCLUYENDO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL)

Una vez que se haya recogido la suficiente información durante la anamnesis, se procederá a plantear un diagnóstico diferencial en el cual no habrá que olvidar la patología orgánica. El diagnóstico que se realice deberá estar apoyado en las impresiones clínicas y en los datos que se hayan obtenido en la entrevista clínica.

El diagnóstico clínico suele establecerse con cierta rapidez. Por el contrario, el diagnóstico personal, que precisa conocer las características de personalidad (principales conflictos psicológicos y sus capacidades más sanas y adaptativas) y las peculiaridades socioambientales del sujeto, suele requerir un periodo de tiempo prolongado.

14. PLAN TERAPÉUTICO Y DE SEGUIMIENTO

El primer paso en la realización de un plan de tratamiento adecuado consiste en explicar de forma clara los objetivos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación del tratamiento. Se tendrán en cuenta todos los tratamientos que pudieran resultar eficaces valorando en todos los casos el riesgo/beneficio de cada posibilidad terapéutica. En definitiva, cuanto más precisa haya sido la evaluación diagnóstica más acertada será la estrategia terapéutica.

15. EVOLUCIÓN

Debe registrarse la evolución del caso a través de las sucesivas visitas. De las mismas se extraerá información que la evaluación inicial no permita obtener, ya sea la respuesta terapéutica, la tendencia del cuadro clínico a la cronicidad, el grado de compromiso del paciente en el plan terapéutico etc...

16. EPICRISIS

Supone la constatación de una valoración general del caso, desde su inicio hasta el momento del alta. Deben constar los errores diagnósticos u otros, si los hubiere, así como la confirmación o no del pronóstico y la respuesta terapéutica.

RECOMENDACIONES CLAVE

Adecuar la entrevista a las características de cada paciente y del momento.

Mantener una estructura básica en la historia clínica que permita ordenar la información recogida.

Una historia clínica completa y bien estructurada favorecerá un diagnóstico y orientación terapéutica adecuados.

Descartar patología orgánica a través de la evaluación y las pruebas complementarias correspondientes.

17. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Gradillas Regodón V, Gradillas González V. La entrevista clínica. Barcelona: Ars Médica. 2006.

Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. 9ª ed. Madrid: Waverly Hispánica. 2004.

Palomo T, Jiménez-Arriero MA. Manual de psiquiatría. 1ª ed. Madrid: Ene Life Publicidad. 2009.

Poole R, Higgs P. Psychiatric interviewing and assessment. New York: Cambridge University Press. 2006.

Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. 6ª ed. Barcelona: Masson. 2006.

18. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Cervilla JA. Valoración y tratamiento del enfermo mental. Madrid: Ed. Arán. 2002.

Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Bilbao: Desclée de Brouwer. 2002.

Goldberg D. Manual Maudsley de psiquiatría práctica. Madrid: Arán Ediciones. 2000.

Vallejo J. Psiquiatría en atención primaria. Barcelona: Ars Médica. 2005.

Scheiber SC. Entrevista psiquiátrica, historia clínica psiquiátrica y exploración psicopatológica. En: Hales RE, Yudofsky SC. Tratado de psiquiatría clínica. 4ª ed. Barcelona: Masson. 2004:155-87.





24. EVALUACIÓN GENERAL. PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA. LA FORMULACIÓN DEL CASO



Autor: **Casto Bonilla Reyes**

Tutor: **Eloy Martín Ballesteros**

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid

CONCEPTOS ESENCIALES

El diagnóstico categorial (DSM IV-TR o CIE 10) debe complementarse con la comprensión de las manifestaciones sintomáticas como una situación en la que confluyen factores desestabilizadores y protectores que dependen de aspectos concretos del individuo.

La máxima eficacia terapéutica se suele obtener mediante la combinación de varios tipos de intervenciones.

La formulación del caso previa al inicio de una psicoterapia permite que esta se plantee y discorra de la forma más eficiente.

1. EVALUACIÓN GENERAL

Las clasificaciones psiquiátricas más utilizadas como son la DSM IV-TR y CIE 10 se plantean para realizar diagnósticos categoriales. Dichos diagnósticos hacen referencia a tipos ideales de enfermedad o casos prototípicos. Su uso es fundamental en la práctica clínica habitual pero se muestran insuficientes para dar una imagen precisa de la complejidad de las presentaciones clínicas, en las que interactúan múltiples factores concretos de la situación o del individuo. Para organizar de manera adecuada la información es imprescindible entender la psicopatología del paciente como un fenómeno, que aparece en un momento preciso, favorecido por determinadas circunstancias físicas o emocionales, en un marco socio-familiar determinado y en un paciente con una biografía y personalidad particulares. La evaluación debe incluir los siguientes elementos:

1.1. RESUMEN DEL CASO

El resumen del caso recogerá en unas cuantas frases los aspectos fundamentales de la historia

clínica, enumerando los principales síntomas y signos, categorizándolos por su duración y gravedad y especificando los diagnósticos psicopatológicos que se deriven de los mismos. También incluirá los datos sociodemográficos, de antecedentes familiares y personales más relevantes.

1.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Aunque el diagnóstico principal del paciente puede ser claro, en muchas ocasiones pueden existir dudas diagnósticas que obliguen a estructurar la consideración de posibles diagnósticos diferenciales en toda su amplitud, organizándolos* por orden de preferencia y estructurando los datos objetivados a favor y en contra para cada uno de los diagnósticos considerados.

1.3. FACTORES DESENCADENANTES

1.3.1 Factores desestabilizadores

En este apartado se consideran los acontecimientos vitales estresantes previos a la aparición de la patología.



1.3.2 Factores de vulnerabilidad en la esfera biopsicosocial

- Enfermedades médicas previas.
- Antecedentes psiquiátricos.
- Factores familiares: calidad de los vínculos desarrollados en infancia y en el momento presente.
- Factores sociales: situación social, económica, laboral, nivel de apoyos.
- Factores derivados de los rasgos de personalidad y los estilos de afrontamiento del paciente.

1.4. PRUEBAS REALIZADAS

Exploración física, analíticas, pruebas de imagen, valoraciones psicométricas...

1.5. PRONÓSTICO

Generalmente basado en dos consideraciones:

- La evolución general del trastorno basada en la literatura sobre estudios de poblaciones de pacientes.
- Los factores de vulnerabilidad o de protección del paciente concreto.

1.6. TRATAMIENTO

2. PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA

La planificación terapéutica incluye las recomendaciones precisas de tipo farmacológico, psicoterapéutico, social, educativas y rehabilitadoras consideradas necesarias para la mejoría del paciente. En la práctica diaria van a ser poco frecuentes los pacientes en que los se realice un único tipo de intervención. Generalmente los mejores resultados se van a producir con la combinación de varios tipos de tratamiento. A la hora de elegir no resulta pertinente, desde prejuicios "ideológicos", anteponer algunas formas de tratamiento a otras, siendo lo adecuado diseñar la mejor terapéutica posible avalada por protocolos solventes y estudios controlados. Dado que estas medidas se irán detallando para cada trastorno específico en otros apartados de este libro, nos limitaremos a dar

algunas ideas generales que ayuden en la estructuración del planteamiento terapéutico.

2.1. RECOMENDACIONES BÁSICAS EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Antes de iniciar un tratamiento es preciso plantearse las posibles interacciones medicamentosas.
- Prestar atención a posibles abusos de tóxicos previos.
- Es interesante objetivar de alguna forma los síntomas que queremos tratar y su intensidad para tener una idea clara del nivel de eficacia de la medicación.
- Es razonable volver a pautar medicaciones cuya eficacia y tolerancia se han contrastado previamente.
- Es imprescindible administrar la medicación a dosis eficaces durante el tiempo suficiente para poder determinar su potencial terapéutico.
- Pautar regímenes de administración lo más sencillos y cómodos posibles para los pacientes.
- Tomar en consideración suficiente las quejas de los pacientes sobre efectos secundarios.
- Intentar administrar la menor dosis eficaz.
- Usar preferentemente monoterapia.
- Iniciar y discontinuar los tratamientos de forma gradual.

2.2. RECOMENDACIONES BÁSICAS PARA EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

En el campo de la psicoterapia se han desarrollado un gran número de métodos terapéuticos de tal modo que casi cualquier paciente puede beneficiarse de algún tipo de intervención psicoterapéutica. La elección del tipo de psicoterapia vendrá determinada por el tipo de psicopatología que sea preciso tratar así como por las características concretas del paciente. Las formas más básicas de psicoterapia como la terapia de relajación, la terapia de apoyo y los grupos de autoayuda pueden ser útiles en pacientes con bajo nivel introspectivo y/o elevadas resistencias. En pacientes con mayores nivel introspectivos pueden plantearse terapias más ambiciosas de esclarecimiento y focalización de conflictos. En ocasiones

antes de iniciar la terapia es preciso conseguir una adecuada motivación para el cambio usando técnicas como la entrevista motivacional desarrollada por Miller y Rollnick.

- En general se consideran las terapias no directivas como las terapias analíticas y rogeriana como las más adecuadas para niveles de resistencia altos.
- Si el potencial de resistencia es bajo puede ser más recomendables las terapias más directivas como la cognitivo-conductual o la gestáltica.
- Si el paciente muestra en el núcleo de su patología una tendencia a mostrarse racionalizador y a contener las emociones se puede beneficiar de psicoterapias de carga más expresiva y abreactiva, como la terapia gestalt o el psicodrama.
- Si el paciente presenta un mal manejo de las emociones con exageración o inadecuación de las mismas las técnicas más basadas en la verbalización como las terapias psicoanalíticas, cognitivo-conductual o las terapias narrativas pueden ser una opción interesante.

3. LA FORMULACIÓN DEL CASO. DEFINICIÓN

La formulación de casos se define como un proceso por el que la información recogida durante la fase de evaluación se organiza en una serie de hipótesis sobre las que es posible entender la queja del paciente como un (conjunto de) problema(s) cuya solución supondría el logro de una serie de objetivos y proponer una estrategia de tratamiento previendo la modalidad, intensidad y duración del mismo y los problemas que más probablemente encontraremos durante su desarrollo.

3.1. GUÍA PARA LA FORMULACIÓN DEL CASO

Esquemáticamente este proceso se subdivide en los siguientes contenidos:

3.1.1. Motivo de consulta, demanda, queja

Consiste en dilucidar qué es lo que el paciente presenta como motivo para solicitar ayuda de un

psicoterapeuta. Puede suceder que la demanda no coincida con el problema. Por ello, es de especial importancia que el terapeuta incida en la exploración para transformar demandas generales; p. ej. “estar triste” en formulaciones más específicas y concretas como “estar triste” por:

- Problemas en el trabajo.
- Ruptura sentimental.
- Familiar con enfermedad grave.

3.1.2. Análisis de la demanda

Nos informa de los mecanismos desplegados habitualmente por el paciente para considerar o afrontar los problemas, de su red de apoyos y las expectativas de tratamiento: ¿por qué ahora?, ¿quién es el sujeto y objeto de demanda?, ¿cuál es la sucesión de acontecimientos (nos informa acerca de los recursos utilizados para afrontar y resolver los problemas)?, ¿cuáles son las perspectivas del paciente respecto al tratamiento? (“¿cómo cree usted que podemos ayudarle?”). La discusión de las expectativas es un requisito previo al abordaje de cualquier problema. Las creencias y prejuicios sobre el propio proceso psicoterapéutico deben ser exploradas.

3.1.3. Listado de problemas

El planteamiento de los problemas es la operación básica sobre la que se fundamenta la posibilidad de construir un plan de ayuda. La demanda o queja no necesariamente es el problema. Se define como “hecho susceptible de tener una solución”. Por ejemplo: la muerte de un familiar es una desgracia, una queja. El no sentirse capaz de establecer nuevamente una relación de afecto con otra persona por sentir que traiciona al ser fallecido, puede plantearse como problema.

3.1.4. Precipitantes

Se trata de situar los problemas en un contexto, de explorar el “aquí y ahora”, identificar ¿cómo?; ¿cuándo?; ¿con quién se manifiestan los problemas que hemos identificado? Si el problema coincide con un determinado acontecimiento/s o ante determinadas personas.



3.1.5. Estados mentales. Modelos de relación.

Defensas

Para el ejercicio de la psicoterapia es básica la capacidad de identificar patrones de emociones, ideas y comportamientos en la presentación de los problemas por los que los pacientes consultan. Los problemas de un paciente determinado podrán ser contemplados por un psicoterapeuta como mecanismos de defensa frente a la ansiedad provocada por determinados deseos inconscientes que se ponen de manifiesto en situaciones de su vida actual como en la relación con el terapeuta, y que se pueden rastrear en las relaciones primitivas del paciente con sus figuras parentales.

3.1.6. Factores perpetuantes

¿Qué es lo que hace que se mantenga un comportamiento que produce sufrimiento? Pueden reconocerse:

- La ganancia neurótica: supone el reconocimiento de una cierta forma de satisfacción a través del síntoma.
- La ganancia secundaria: se refiere a los beneficios por ejemplo de la condición de enfermo.

Ambas ganancias son inconscientes. Cuando existe una ganancia consciente y buscada, hablamos de rentismo.

3.1.7. Biografía

La idea de conocer los orígenes históricos de los problemas es de una importancia central. Por ello, en toda formulación, deben referirse las posibles relaciones entre el desarrollo particular del sujeto y los problemas que presenta o las oportunidades con que cuenta para resolverlos. La biografía del sujeto susceptible de psicoterapia debe ser explorada sistemáticamente durante la fase de evaluación. Es importante la indagación de fechas que permita establecer relaciones significativas. Deben también explorarse la existencia de regularidades o la historia de peculiaridades presentes en la propia familia, o cultura desde una perspectiva generacional. La realización de un genograma se hace imprescindible para explorar estos aspectos importantes para la eficacia de la psicoterapia.

3.1.8. Factores de vulnerabilidad, déficits

Explorar qué factores hacen que estas personas sean sensibles o se sientan amenazadas ante determinadas experiencias. Otro elemento que facilita la aparición o mantenimiento de los trastornos es lo que se conoce como déficits.

3.1.9. Recursos. Fortalezas

Todo aquello que puede ayudar a facilitar el cambio en el paciente. Se tiende a considerar que un diagnóstico consiste en determinar qué es lo que no funciona como sería deseable. Es indudable esta afirmación, si bien es cierto que para lo que sirve un diagnóstico es para una guía de intervención terapéutica, y esto requiere atención no sólo a cuáles son las debilidades que determinan el problema que vamos a tratar, sino también a cuáles son los recursos y las fortalezas en las que podemos apoyarnos para resolverlo y cuales son las oportunidades que podemos aprovechar con este objetivo. ¿Qué es lo que ha hecho usted hasta este momento para hacer frente al problema? Su respuesta nos orientará sobre qué estrategias han fallado (para no repetir las) y también nos orientará para saber si existe un éxito parcial de resultados.

3.1.10. Valorar motivación al cambio

Habría que valorar la implicación personal en el trabajo psicoterapéutico y qué cosas de su vida pueden estar unidas al problema que se trata de resolver y el paciente no tiene motivación para cambiar. Este aspecto es un requisito de la psicoterapia.

3.1.11. Valorar y adecuar expectativas

Tanto las negativas como las desmesuradamente optimistas influyen negativamente en el proceso psicoterapéutico. Las expectativas previas deben ser activamente exploradas, preguntando qué es lo que el paciente espera de la consulta y cómo se imaginaba que iba a ser el tratamiento. Las expectativas inadecuadas pueden deberse a problemas de información. Pero pueden también poner de manifiesto pautas de relación o de pensamiento características del paciente. Al final de la fase de evaluación no sólo se debe explicar al paciente cómo se va a trabajar en la terapia sino que se debe explorar activamente que

idea se ha formado de la propuesta que le hemos hecho. ¿Qué es lo que espera como resultado de la terapia?; ¿en el mejor de los casos?; ¿en el peor?

3.1.12. Objetivos a plantear en la terapia

Los objetivos deben ser limitados y realistas. Los objetivos excesivamente ambiciosos, en el mejor de los casos acaban traduciéndose en decepciones y, en el peor, hacen que el paciente enfrente situaciones para las que no está capacitado.

3.1.13. Medios

En la formulación debe especificarse el plan que se va a seguir para lograr cada uno de los objetivos propuestos.

3.1.14. Pronóstico

Sirve para avisar al terapeuta de que algo no se ajusta a lo previsto cuando no se cumple. También es útil compartir esta estimación con el paciente. Permite ajustar expectativas y que el paciente colabore en esta labor de control del curso de la terapia.

3.1.15. Dificultades que prevemos

Pueden provenir de diferentes fuentes.

- Dificultades relativas a la naturaleza del problema.
- Dificultades en relación a la identificación y definición de las emociones.
- Dificultades en pacientes con una inteligencia deficitaria, dado que éstos pueden tener problemas para implicarse en tareas que presuponen un mayor nivel de exigencia.
- Dificultades para respetar el encuadre en pacientes que presentan problemas de adherencia a tratamiento.
- Dificultades relativas a la relación psicoterapeuta-paciente. Fenómenos transferenciales.
- Dificultades en relación al terapeuta. Contra-transferencia.

Por sus características, el paciente puede activar en el terapeuta pautas de relación que interfieran con el curso de la terapia. Esto puede ser menos evidente. El terapeuta debe desarrollar su sensibilidad para anticiparlas y prevenirlas y para identificarlas cuando aparecen. El terapeuta ideal no sería el que no tuviera este tipo de reacciones, sino el que sabe reconocerlas y es capaz de aprovechar la información que le proporcionan en beneficio de la terapia.

3.2. EL CONTRATO

Es la finalización del proceso de formulación, elemento fundamental y central en la práctica psicoterapéutica. El proceso de formulación termina con el contrato terapéutico. Un contrato debe referirse al menos a tres áreas diferentes (tabla 1):

En primer lugar debe referirse a lo que suele llamarse foco, tema o narrativa principal sobre el que versará la terapia. Se trata de acordar una versión del problema que puede ser compartida por terapeuta y paciente y que permita organizar el trabajo. Para conseguir esto el terapeuta debe hacer partícipe al paciente a través de una exposición fundamentada que generalmente va a incluir alguna referencia a la base teórica que lo sustenta. Esta exposición debe incluir una estimación pronóstica y servir para justificar una propuesta de tratamiento.

En segundo lugar, el contrato debe referirse al encuadre, en términos de personas incluidas en el proceso (individual, de pareja, de familia, de grupo...), lugar en el que va a llevarse a cabo, posición, horario, frecuencia, duración de las citas, manejo de incidencias si retrasos, citas perdidas o cancelaciones, urgencias o citas extra y duración previsible. Deben explicarse las normas básicas que deben regular la actividad del paciente y del terapeuta.

Por último, el contrato debe establecer los objetivos de tratamiento y explicitar las expectativas de ambos participantes. Los objetivos deben ser limitados realistas y evaluables, huyendo de definiciones vagas y formulaciones muy generales.



Tabla 1. Fase de finalización de la formulación del caso. El contrato

1. FOCO
• Hipótesis. Pronóstico. Propuesta de tratamiento.
• Versión conjunta del problema (psicoterapeuta-paciente).
2. ENCUADRE
Personas incluidas. Lugar. Duración y frecuencia de citas. Normas.
3. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO
Limitados. Realistas. Evaluables.

↑ RECOMENDACIONES CLAVE

La interrogante de qué le pasa al paciente, surge de forma natural. Menos evidente, aunque tan necesario, es plantearnos: ¿por qué está ocurriendo ahora?.

A la hora de plantearnos las diversas opciones de tratamiento es fundamental adecuarse más a las necesidades del paciente que a las preferencias del terapeuta.

Formular los casos de forma adecuada permite establecer expectativas adecuadas en cuanto a los objetivos de tratamiento, evitando frustraciones innecesarias.

4. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Cooper JE, Oates M. Principios de la evaluación clínica en psiquiatría. En: Gelder M, López-Ibor JJ, Andreassen N. Tratado de psiquiatría. Tomo I. Barcelona: Ars Médica. 2003:91-109.

Mackinnon RA. Psychiatric interview. En: Kaplan HI, Freedman AM, Saddock BJ (eds.). Comprehensive textbook of psychiatry. London: Williams&Wilkins. 1980;1:895-905.

Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. Barcelona: Paidós. 1999.

Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas psicoterapéuticas. Bilbao: Biblioteca de psicología Desclee de Brouwer. 2001:90-140.

Soler PA, Gascón J. RTM III. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. RBA libros. 2005.

5. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Horowitz M. Formulation as a basis for planning psychotherapy treatment. American Psychiatric Publishing. 1997.

Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez B. Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración. Madrid: AEN. 1997.

De la Mata I, Ortiz A. Formulación de casos de salud mental: una guía de entrenamiento. En: Retolaza A (ed.). Trastornos mentales comunes. Manual de orientación. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2009.

Gabbard GO. Tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Barcelona; Ars Médica. 2008.

Rosenbaum JF, Arana GW. Handbook of psychiatric drug therapy. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2005.



25. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES. LOS GRANDES SÍNDROMES PSIQUIÁTRICOS



Autoras: Almudena Sánchez Bou, Noemí Varela Gómez y Jana González Gómez

Tutor: Jesús Artal Simón

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. Cantabria

CONCEPTOS ESENCIALES

Un sistema de clasificación diagnóstica permite una comunicación eficaz entre los profesionales y facilita el conocimiento más profundo de las causas de los trastornos mentales.

A pesar del desarrollo de cuestionarios y escalas de evaluación psicopatológica, la entrevista psiquiátrica persiste como el método definitivo sobre el que se basa el diagnóstico psiquiátrico.

La entrevista psiquiátrica semiestructurada, aplicada por clínicos experimentados, permite cubrir todos los apartados de las categorías diagnósticas utilizando el juicio clínico para calificar los síntomas y su severidad, y favorece la obtención de diagnósticos fiables.

➔ 1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Pinel, considerado el fundador de la psiquiatría con su “Nosographie Philosophique” (1798) y su “Traité Médico Philosophique de la Manie” (1801), introduce el término nosografía, refiriéndose al carácter lógico, homogéneo, científico, razonado y razonable de una clasificación. Este autor estableció una primera clasificación de la enfermedad mental (1801) distinguiendo: manía, melancolía, demencia e idiocia.

Esquirol modifica la clasificación de Pinel dividiendo la demencia en idiocia y demencia en sí, y crea el grupo de las monomanías. Esta clasificación tuvo vigencia hasta mediados del siglo XIX, sufriendo varias modificaciones, como la división del concepto de demencia y de las monomanías, a la vez que se perfilaban otros conceptos.

Desde su constitución, la psiquiatría se lanzó a la búsqueda de entidades, siguiendo el modelo de la

“parálisis general” de Bayle (1822). Los grandes clínicos consideraban su labor fundamental, la descripción de nuevos cuadros clínicos y evolutivos típicos. Esto dio como resultado numerosas y complicadas clasificaciones.

Con la figura de Kraepelin (tabla 1) se da mucha más importancia a la psiquiatría descriptiva y a la observación clínica. Este autor detectó el proceso degenerativo utilizando el deterioro como criterio de investigación o metodológico en orden a investigar la predicción de la evolución de los cuadros clínicos. Su modelo se impuso, a través de sucesivas ordenaciones y ampliaciones, desde 1883 hasta 1927.

También en esta época aparece la figura de Freud, quien fue clave en la clasificación de las neurosis y en la definición de la neurosis de ansiedad. Ambas clasificaciones se solaparon hasta bien entrada la segunda mitad del siglo XX.






Tabla 1. Clasificación de Kraepelin en 1899

- Psicosis infecciosas.
- Psicosis maniaco-depresiva.
- Psicosis de catástrofe.
- Paranoia.
- Psicosis tóxica.
- Neurosis generales:
 - Histeria.
 - Epiléptica.
 - Emotiva.
- Locura tiroidea.
- Parálisis general.
- Demencia precoz.
- Psicosis orgánica cerebral.
- Oligofrenias.
- Psicosis involutiva.
- Estados psicopáticos.

2. PRINCIPIOS GENERALES DE LOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN

Un sistema de clasificación diagnóstica cumple tres propósitos generales;

-  Aportar un lenguaje con el que todos los profesionales de la salud puedan comunicarse de manera eficaz. Los nombres de las entidades representan un acuerdo general y proporcionan una forma resumida de describir las entidades clínicas.
-  Facilitar el conocimiento más profundo de un trastorno mental en particular, de su historia natural y de su tratamiento, mediante la diferenciación de otros trastornos.
-  Orientar hacia la comprensión de las causas de los diversos trastornos mentales, siendo éste realmente el propósito último de toda clasificación.

Desconocemos la etiología y el proceso fisiopatológico de la mayoría de los trastornos mentales y abundan las teorías etiológicas formuladas por clínicos e investigadores de orientaciones teóricas diferentes. A pesar esto, clínicos e investigadores pueden es-


tar de acuerdo en el aspecto o las manifestaciones que presentan los trastornos psiquiátricos. Por ello, se ha adoptado en las clasificaciones actuales un enfoque descriptivo que incluye definiciones de los diversos trastornos sin hacer referencia a su etiología, excepto en una minoría de trastornos cuya etiología o proceso fisiopatológico se conoce. Este enfoque, notablemente ateorico, ha permitido a los clínicos de diversas orientaciones teóricas utilizar la misma clasificación, ya que pueden identificar estas alteraciones y mantener al mismo tiempo sus propios puntos de vista para su comprensión y tratamiento.

3. LOS GRANDES SÍNDROMES EN PSIQUIATRÍA

La clasificación psiquiátrica actual se basa fundamentalmente en la descripción sindrómica más allá del enfoque sintomático pero sin alcanzar un abordaje nosológico, ya que desconocemos la etiología, la patología estructural y la fisiopatología en la mayoría de los trastornos (tabla 2).

La descripción de un número determinado de agrupaciones de síntomas psiquiátricos, los llamados “grandes síndromes psiquiátricos”, ha sido a lo largo de la historia de la psiquiatría, y continúa siendo hoy en día, el elemento nuclear tanto de la actividad clínica como de la clasificación. Cada uno de los síndromes se define por un reducido número de síntomas nucleares que permiten delimitar con alta fiabilidad los diferentes cuadros y establecer una jerarquía. En virtud de dicha jerarquía sindrómica, en la que las alteraciones de la claridad y amplitud de la conciencia ocupan el lugar más alto, los síndromes que denotan afectación de funciones mentales básicas e instrumentales (frecuentemente relacionadas con afectación orgánica) engloban a los más funcionales a la hora de establecer los diagnósticos psiquiátricos.

4. LA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA

 A pesar del desarrollo de cuestionarios y escalas de evaluación psicopatológica, la entrevista psiquiátrica persiste como el método definitivo sobre el que se basa el diagnóstico psiquiátrico. Esta dependencia del diagnóstico psiquiátrico con respecto a la evaluación clínica ha estado tradicionalmente asociada a una marcada ambigüedad, subjetividad, y a

la idiosincrasia de los postulados teóricos adoptados por el examinador. Todo esto ha generado una falta de fiabilidad en los diagnósticos.

↑ Tabla 2. Los grandes síndromes psiquiátricos

ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA (obnubilación, trastorno mental orgánico, intoxicación...).
<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de obnubilación de la conciencia. • Delirium.
ALTERACIÓN DE LAS FUNCIONES INTELECTUALES (demencia)
<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome demencial. • Síndrome amnésico.
ESTADOS PSICÓTICOS AFECTIVOS Y NO AFECTIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de agitación psicomotriz. • Síndrome catatónico. • Síndrome maniaco. • Síndrome depresivo. • Síndrome delirante. • Síndrome alucinatorio.
ESTADOS NEURÓTICOS Y SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES
<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome obsesivo-compulsivo. • Síndrome fóbico. • Síndrome de ansiedad. • Síndrome neurasténico.

➤ La fiabilidad y la validez son dos conceptos básicos que miden la exactitud de los procesos de elaboración diagnóstica. La fiabilidad se refiere tanto al análisis de la concordancia existente entre entrevistadores como a la consistencia con que se elabora repetidamente un diagnóstico a lo largo del tiempo. La validez, sin embargo, establece el nivel de exactitud con que los criterios o instrumentos utilizados en el proceso diagnóstico permiten diferenciar tanto entre presencia y ausencia de enfermedad, como entre una enfermedad y otra.

Los sistemas nosológicos tradicionales no especifican los síntomas o signos precisos para establecer un diagnóstico de certeza, ni tampoco incorporan

descripciones suficientemente operativizadas de las distintas categorías diagnósticas (lo que aumenta la varianza en el criterio) ni de los síntomas (lo que aumenta la varianza en la información). Los esfuerzos para dar fiabilidad al sistema nosológico se han dirigido fundamentalmente a desarrollar glosarios que facilitaran el acuerdo entre los profesionales respecto a los conceptos utilizados, y especificar criterios operativos de inclusión/exclusión para los distintos trastornos.

➤ Asimismo, otro procedimiento capaz de mejorar la fiabilidad del proceso diagnóstico lo constituye la incorporación en el sistema nosológico de un esquema multiaxial de clasificación de la psicopatología. Esta estrategia garantiza que determinados componentes del diagnóstico sean adecuadamente contemplados, incrementándose así el poder descriptivo del sistema.

➤ El establecimiento y aceptación de un sistema nosológico y de unos criterios diagnósticos operativos no garantiza que se realicen diagnósticos psiquiátricos fiables. Ello es debido a discrepancias y falta de concordancia en el propio proceso de elaboración diagnóstica. Éstas pueden surgir de alguno de los componentes que configuran el proceso de la entrevista psiquiátrica: a) obtención de la información, b) valoración psicopatológica de la información aportada y c) integración de la información en un sistema nosológico.

En un intento de controlar estos componentes, se han desarrollado entrevistas psiquiátricas con distintos niveles de estructuración, según los cuales podemos clasificar las entrevistas psiquiátricas en no estructuradas, semiestructuradas y totalmente estructuradas (tabla 3).

➤ Se suele plantear que las entrevistas estructuradas son eminentemente reduccionistas de la complejidad del hecho psicopatológico, limitan la expresión de la riqueza psicológica individual, son contra-terapéuticas, y no permiten la obtención de información de tipo dinámico. Las no estructuradas, por el contrario, aportan información poco objetiva, propician la introducción de sesgos en la recopilación e interpretación de los datos aportados por el paciente, y no garantizan la suficiente uniformidad en la información recogida, dificultando la verificación



de los criterios operativos sobre los que se ha de basar el diagnóstico.

↑ Apostamos, pues, por la entrevista semiestructurada, ya que en este tipo de entrevista, diseñada para aplicarse por clínicos experimentados, se marcan líneas generales que permiten cubrir todos los apartados de las categorías diagnósticas, conservando la libertad de emplear los apartados a su modo y utilizar su juicio para calificar los síntomas y su severidad. Este tipo de entrevista, pues, conserva lo más rico de las entrevistas convencionales y, además, favorece la obtención de diagnósticos fiables.

Tabla 3. Clasificación de las entrevistas según su nivel de estructuración

ALTAMENTE ESTRUCTURADAS
<ul style="list-style-type: none">• Diagnostic Interview Schedule, DIS.• Composite Internacional Diagnostic Interview, CIDI.
SEMIESTRUCTURADAS
<ul style="list-style-type: none">• Present State Examination-9, PSE-9.• Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, SADS.• Structured Clinical Interview for DSM III-R, SCID.• Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, SCAN.

➔ CIDI y SCAN se consideran entrevistas de “última generación” por su reciente desarrollo dentro de un programa de colaboración entre la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration (ADAMHA). Estos dos instrumentos son válidos para ser utilizados a nivel internacional con los sistemas clasificatorios actuales, y se aplican en muestras de pacientes (SCAN) y en estudios de población general (CIDI). Dada su relevancia para la evaluación diagnóstica tanto en la clínica como en la investigación, se describen a continuación los elementos que conforman el SCAN.

➔ SCAN es la continuación del trabajo de Wing y cols. a partir del Present State Examination (PSE) y,

de hecho, incluye la 10ª versión de este instrumento (PSE-10). Además, incluye otros 2 instrumentos: la lista de comprobación de grupos de ítems (ICGLIST) para fuentes de información distintas a la propia entrevista con el paciente, y el cuestionario de la historia clínica (CLINFO), que recoge otros aspectos de la historia del paciente, como el nivel intelectual, los aspectos de la personalidad y el funcionamiento social.

➔ El PSE-10 es una entrevista que estructura el examen clínico y califica cada uno de los signos y síntomas explorados. En la parte I se incluyen los trastornos no psicóticos y un despistaje para la parte II, la cual incluye los trastornos psicóticos y otros trastornos. Además de estos ítems, contiene preguntas que cubren todos los criterios diagnósticos del DSM IV y del CIE 10. Los usuarios del SCAN necesitan una amplia experiencia clínica y un entrenamiento específico en uno de los centros designados por la OMS.

El SCAN contiene, además de la entrevista y las secciones comentadas, un glosario de definiciones diferenciales y un sistema informatizado para el diagnóstico tanto en el sistema CIE como en el DSM (CATEGO-5).

5. SISTEMAS CLASIFICATORIOS ACTUALES: CIE 10 Y DSM IV-TR

Los antecedentes contemporáneos de las clasificaciones actuales los encontramos en la obra del psiquiatra Kraepelin (1856-1926), cuya influencia todavía persiste, y que ha sido más intensa desde los años 70 dentro del llamado “movimiento neokraepeliano”.

A partir de 1959 Stengel, trabajando para la OMS, realiza revisiones proponiendo que los diagnósticos fueran simplificados a síndromes clínicos, dadas las divergencias encontradas entre escuelas y zonas buscando explicitar definiciones como medio para un diagnóstico fiable. Sin embargo, en las últimas décadas han proliferado las clasificaciones de tipo sintomático y se han abandonado las clasificaciones tradicionales de carácter sindrómico.

➔ Desafortunadamente, no se ha podido establecer por el momento un sistema clasificatorio único y coexisten dos grandes nosologías: el Diagnostic

and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), elaborado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), y la Clasificación Internacional de las Enfermedades y de los Problemas de Salud Relacionados (CIE), desarrollado por la Organización Mundial de la Salud. Estos sistemas clasificatorios se han revisado y modificado periódicamente: el DSM está en su cuarta edición y la CIE en la décima. En este sentido, según Vázquez-Barquero (1990), el DSM ha hecho los mayores esfuerzos para ajustarse al sistema CIE. De hecho, en la actualidad, ambos sistemas son bastante compatibles, tanto en el tipo de trastornos que recogen como en los criterios operativos que utilizan para definirlos (Herrán, Sierra-Biddle y Vázquez-Barquero, 1999).

↑ En 1992, tras varios estudios de campo, la OMS publica la CIE 10 buscando la fiabilidad inter-examinadores a través de instrumentos diagnósticos como la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuestas (CIDI), la Escala de Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN), un Examen Internacional de Trastornos de la Personalidad (IPDE) y la validez de las categorías a través de diferentes culturas y países, no siendo las versiones en los distintos idiomas meras traducciones de la inglesa. Incluye diferentes versiones para su uso en la clínica, la investigación o atención primaria, así como una versión multiaxial y un glosario.

El DSM IV es publicado en 1994 con el mismo enfoque que el DSM III y buscando un avance simultáneo al de la CIE. Hace una descripción sistemática de cada trastorno, evitando la jerarquía entre trastornos y utilizando diferentes ejes de clasificación que proporcionan información adicional en cada caso.

6. CRÍTICAS A LOS SISTEMAS CLASIFICATORIOS ACTUALES

➤ Una de las principales críticas que reciben las clasificaciones oficiales es la ausencia de un cuerpo teórico y de una base etiológica que catalice el avance y la profundización en el conocimiento de la enfermedad mental (Rojo, 1997; Vallejo, 1998). En ese sentido, el conocimiento etiológico aún es escaso para la mayoría de trastornos, por lo que se encuentran múltiples aproximaciones nosológicas que, en defecto del criterio etiológico, recurren a criterios en general basados en la descripción del

comportamiento, en la exploración psicopatológica y en la evolución.

Otro punto a discutir se refiere a la existencia de dos sistemas clasificatorios "oficiales" que, a pesar de los esfuerzos para unificarse, mantienen su individualidad.

➤ Asimismo, los sistemas clasificatorios oficiales están sometidos a cambios y revisiones periódicas que, en ocasiones, se producen sin el tiempo necesario para que los conocimientos se sedimenten y, además, sin que la investigación aporte los datos suficientes para justificar con rigor científico las modificaciones que se realizan. Se critica por tanto la creación de diagnósticos "por consenso", apartándose de los conocimientos puramente psiquiátricos.

El modelo multiaxial, valorado por aumentar el poder descriptivo del sistema al incluir aspectos más físicos y funcionales del individuo, no ofrece sin embargo estrategias de relación entre los distintos ejes, consiguiendo no sólo no describir con más detalle el estado del paciente, sino aumentar la comorbilidad al considerar los dos primeros ejes como apartados estancos.

➤ Existen dos "modelos" básicos de clasificación: el modelo categorial, que se fundamentan en criterios disyuntivos y cuyas entidades son de tipo discreto, autónomo y separables; y el modelo dimensional, basado en criterios de continuidad e interrelación. Esta situación provoca dificultades en la práctica clínica. El modelo de espectro (Maser y Paterson, 2002) surgió como una alternativa a los inconvenientes encontrados en el modelo categorial clásico, prestándose atención a síntomas menores o no incluidos en los criterios, reduciendo los problemas causados por los diagnósticos "no especificados" y la excesiva comorbilidad, y ajustándose mejor a las necesidades de clínicos e investigadores. Sin embargo, este modelo también está sujeto a la crítica ya que tiende a ser un sistema cerrado, que incluye a su vez varios submodelos.

En este contexto, la mayoría de autores consideran que los dos tipos de clasificaciones vigentes, categorial y dimensional, deberían llegar a ser complementarios, por lo que es necesario continuar trabajando en la síntesis de ambos modelos.



7. PERSPECTIVAS FUTURAS DE LOS SISTEMAS CLASIFICATORIOS EN PSIQUIATRÍA

La nueva clasificación de las enfermedades mentales de la APA entrará en vigor en el año 2012. Para ello, distintos grupos están trabajando en el diseño y desarrollo de la quinta versión del DSM, que incorporará novedades respecto a su antecesora. Entre éstas, cobra importancia el enfoque dimensional y se presta una especial atención a las diferencias culturales.

Así, la importancia del enfoque dimensional se observará especialmente en la ansiedad, valorando ésta como una dimensión en cada paciente independientemente del diagnóstico. De acuerdo con esta visión, los ataques de pánico representarían el nivel más elevado de intensidad de la ansiedad. También se plantea incluir dimensiones como la evitación, el almacenamiento y el miedo a la contaminación en los trastornos fóbicos y obsesivo-compulsivos.

Dentro del grupo de trabajo de los trastornos psicóticos se están planteando distintas novedades. Así, existen dudas sobre la posibilidad de seguir recogiendo la categoría diagnóstica del trastorno esquizoafectivo, ya que aunque útil en la práctica, ofrece

una baja fiabilidad. En los trabajos de campo se valora la posibilidad de modificar los criterios diagnósticos para hacerlos más fiables, incluyendo la distorsión de la realidad, desorganización del pensamiento, deterioro cognitivo, depresión, manía o ansiedad.

Otra novedad es la posibilidad de incluir el síndrome de riesgo para la esquizofrenia como una categoría diagnóstica, con la finalidad de identificar los prodromos de psicosis en pacientes jóvenes. Esto ha generado también controversia por las implicaciones éticas con respecto al estigma originado por el diagnóstico y también por el tratamiento con antipsicóticos, teniendo en cuenta la imposibilidad de asegurar que el cuadro psicótico se desencadenará en estos sujetos.

En el grupo de los trastornos afectivos, la problemática principal se centra en los límites de la enfermedad con otras entidades y también, dentro de aquellos, entre trastornos unipolares y bipolares. Asimismo se está trabajando en categorizar el riesgo de suicidio, dada la importancia que tiene en el pronóstico.

Otra posible área a desarrollar es la incorporación de marcadores biológicos y genéticos en los criterios diagnósticos.

RECOMENDACIONES CLAVE

Los cuadros clínicos presentan características comparables y reconocibles en pacientes diferentes. De ahí la importancia de clasificar.

Los sistemas clasificatorios internacionales (DSM y CIE) deben ser conocidos y manejados desde el comienzo de la formación en psiquiatría.

A pesar de los riesgos de un excesivo afán clasificatorio (etiquetado de pacientes, simplificación excesiva y pérdida de información relevante), debemos apostar por la clasificación diagnóstica en psiquiatría, para comunicarnos eficazmente, para comparar grupos de pacientes y para investigar.

Un buen diagnóstico y un adecuado plan terapéutico sólo es posible a partir de una buena historia clínica.

Es importante conocer y entrenarse en la aplicación de alguna entrevista semiestructurada junto con clínicos experimentados, para su aplicación en la clínica de calidad y en la investigación.

La entrevista SCAN que incluye, entre otros elementos, una entrevista semiestructurada (PSE-10) y un glosario con definiciones para los síntomas y signos psicopatológicos, constituye una herramienta útil para la formación, la clínica de excelencia y la investigación.

8. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M. DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson. 2002.

Organización Mundial de la Salud: Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ª revisión. Ginebra. 1989.

Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría. 10ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins. 2009.

Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 6ª ed. Barcelona: Elsevier-Masson. 2007.

Vázquez-Barquero JL, Herrera Castañedo S, Gaité L. La entrevista estructurada en psiquiatría. Rev Asoc Esp Neuropsiq 1993;44:29-38.

9. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

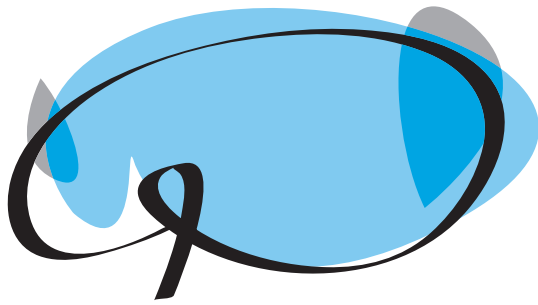
Ey H, Bernard P, Brisset Ch. Tratado de psiquiatría. 8ª ed. Barcelona: Masson. 2000.

Organización Mundial de la Salud: SCAN. Cuestionarios para la evaluación clínica en neuropsiquiatría. Madrid: Meditor. 1993.

McHugh P, Slavney P. Perspectivas de la psiquiatría. 2ª ed. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza. 2001 .

Mellor Marsa B, Aragona M. De la categoría a la dimensión: una mirada crítica a la evolución de la nosografía psiquiátrica. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2009;103:217-28.





MÓDULO 2.
Clínica psiquiátrica



Trastornos
mentales orgánicos





26. DEMENCIAS



Autores: Carlos Rodríguez Ramiro y Ana Belén Jiménez González
Tutora: Blanca Franco Lovaco
Hospital Dr. Rodríguez Lafora. Madrid

CONCEPTOS ESENCIALES

Las demencias constituyen un grupo de trastornos adquiridos con etiologías diversas y en muchos casos múltiple. En las demencias degenerativas se producen depósitos proteicos con destrucción neuronal. Otras son reversibles con tratamiento etiológico.

Todas tienen como síntomas deterioro cognitivo, de habilidades sociales y laborales y alteraciones emocionales y conductuales aunque la gravedad y orden en que aparecen depende de las zonas cerebrales afectadas más precozmente.

El diagnóstico es clínico. Las pruebas de neuroimagen y de laboratorio ayudan al diagnóstico diferencial y a determinar el tipo de demencia.

El tratamiento debe ser abordado por equipos multidisciplinares. Incluye intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas, sociales, legales y con las familias.

1. EPIDEMIOLOGÍA

La edad es el principal factor de riesgo para padecer una demencia. En nuestro medio la incidencia y prevalencia están aumentando, siendo actualmente alrededor del 8% en población mayor de 65 años y del 30 % en mayores de 85 años. Si consideramos poblaciones institucionalizadas y formas incipientes de demencia la prevalencia es mucho mayor. A partir de los 70 años la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer (EA) va duplicándose cada 5 años.

No existen diferencias considerables por sexo. Sin embargo, hay mayor frecuencia de enfermedad de Alzheimer (EA) en mujeres en edades más avanzadas y en hombres hay mayor prevalencia de demencia vascular (DV) a edades más tempranas.

La EA es actualmente la forma más frecuente de demencia, entre 50 y 66% de todas las demencias, seguida de la demencia vascular (entre 13 y 20 %) y de las demencias con cuerpos de Lewy.

Factores de riesgo conocidos para la enfermedad de Alzheimer (EA):

- Historia familiar de enfermedad de Alzheimer.
- Bajo nivel de escolarización.
- Factores de riesgo cardiovascular.
- Genotipo Apo E- ϵ 4 (mayor en homocigotos).
- Síndrome de Down.
- Traumatismo craneoencefálico.
- Depresión de inicio tardío.
- ¿Sexo femenino?.

2. ETIOPATOGENIA (tabla 1)

↑ La etiopatogenia es específica para cada tipo de demencia. En base al criterio etiológico las demencias se clasifican en:



- Demencias degenerativas o primarias.
- Demencias secundarias.
- Demencias de etiología múltiple.

2.1. ETIOPATOGENIA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

En todas las demencias degenerativas se hallan depósitos proteicos responsables del daño y muerte neuronal aunque se desconocen los mecanismos etiopatogénicos concretos que precipitan la formación de estos depósitos en esas cantidades puesto que en cerebros de personas ancianas sanas también los encontramos en menor cantidad. Entre los factores etiopatogénicos conocidos hay que destacar la vulnerabilidad genética. Para la EA es de sobra conocida la relación con el Síndrome de Down y que el riesgo relativo de padecer EA aumenta si se tienen familiares que la padecen.

Se han descrito dos tipos de EA según la herencia y edad de aparición:

- Precoz: < 65 años. Patrón de herencia autosómico dominante con dominancia variable.
- Tardía: mayor heterogeneidad génica con mayoría de casos esporádicos.

En la EA los depósitos aparecen en forma de:

- Placas de amiloide (fragmentos neuronales rodeados de amiloide formado fundamentalmente por proteína amiloide β ($A\beta$)).
- Ovillos neurofibrilares (filamentos intraneuronales resultado de la agregación de un polímero hiperfosforilado de la proteína tau y de la proteína ubiquitina).

Se postula que las formas insolubles de $A\beta$ favorecen la hiperfosforilación de la proteína tau, amplificando la respuesta inflamatoria y retroalimentando el proceso tóxico-inflamatorio que favorece la muerte neuronal. Esta se inicia en el córtex entorrinal y en hipocampo para extenderse después al neocórtex temporal y parietal.

A nivel macroscópico y por lo tanto visible en la neuroimagen, se evidencia:

- Atrofia cortical difusa sin afectación de la corteza primaria motora y sensitiva.
- Ensanchamiento de los surcos cerebrales.
- Dilatación secundaria del sistema ventricular.

En cuanto a la neurotransmisión se atribuye el trastorno de memoria al déficit en la síntesis de acetilcolina (afectación precoz del núcleo de Meynert con disminución de la colinacetiltransferasa) pero también hay alteraciones en los receptores muscarínicos y nicotínicos y en otros neurotransmisores.

2.2. ETIOPATOGENIA DE LAS DEMENCIAS VASCULARES

Se producen por diversos tipos de enfermedades vasculares cerebrales dando lugar a diversas imágenes en las pruebas de neuroimagen:

- Infartos múltiples en áreas corticales.
- Infarto único en un área estratégica.
- Infartos lacunares en ganglios basales, lóbulos frontales o sustancia blanca subcortical.
- Leucoaraiosis en sustancia blanca periventricular.

2.3. ETIOPATOGENIA DE LAS DEMENCIAS FRONTOTEMPORALES

Grupo heterogéneo de demencias con inclusiones de diversas proteínas (tau, ubiquitina, progranulina...) de inicio focal frontotemporal de etiopatogenia no aclarada.

2.4. DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY

Histopatológicamente aparecen cuerpos de Lewy en diversas partes del cerebro, existiendo un solapamiento con los hallazgos de la EA y la demencia por Parkinson.

3. CLÍNICA

Los síntomas enumerados en la tabla 2 varían según el estadio evolutivo y el tipo de demencia. Según si la afectación es predominantemente cortical o subcortical podemos describir dos síndromes clínicos distintos.

Tabla 1. Clasificación etiológica de las demencias

Degenerativas	<p>Enfermedad de Alzheimer.</p> <p>Enfermedad con cuerpos de Lewy difusos.</p> <p>Demencia frontotemporal.</p> <p>Enfermedad de Huntington.</p> <p>Enfermedad Parkinson idiopática.</p> <p>Parálisis nuclear progresiva.</p> <p>Degeneración espinocerebelosa.</p> <p>Demencia asociada a enfermedad de neurona motora.</p> <p>Demencia por ELA.</p> <p>Demencia por enfermedad desmielinizante.</p> <p>Epilepsia mioclónica de Lafora.</p>
Vasculares	<p>Demencia multiinfarto.</p> <p>Demencia subcortical isquémica.</p> <p>Demencia por afectación de pequeño vaso.</p> <p>Demencia por infarto estratégico o infarto extenso.</p>
Endocrino/Metabólicas	<p>Demencia por hiper-hipotiroidismo.</p> <p>Demencia por hiper-hipoparatiroidismo.</p> <p>Demencia por panhipopituitarismo.</p> <p>Secundaria a E. de Cushing y a E. de Adisson.</p> <p>Demencia por encefalopatía urémica y por diálisis.</p> <p>Degeneración hepatocerebral adquirida.</p> <p>Degeneración por déficit de vitaminas (B1, B6, B12) y de folatos.</p>
Infeciosas	<p>Complejo demencia-sida.</p> <p>Demencia por meningoencefalitis crónica (brucelas, micobacterias...).</p> <p>Neurosífilis.</p> <p>Enfermedad de Creutzfeld-Jakob.</p>
Neoplásicas	<p>Síndrome paraneoplásico.</p> <p>Tumores primarios o metastásicos.</p>
Tóxicas	<p>Demencia alcohólica y por otras drogas.</p> <p>Demencia por fármacos (anticolinérgicos).</p> <p>Demencia por metales pesados.</p> <p>Demencia por CO.</p> <p>Demencia por pesticidas.</p> <p>Demencia por disolventes orgánicos.</p>
Traumáticas	<p>Demencia postraumática y por microtraumatismos repetidos.</p> <p>Demencia por hematoma subdural crónico.</p>
Hidrocefálicas	<p>Por hidrocefalia a presión normal.</p>



En la tabla 3 vemos las características diferenciales de las demencias corticales y subcorticales.

4. DIAGNÓSTICO

4.1. CONCEPTO ACTUAL DE DEMENCIA

↑ Síndrome adquirido, de etiologías diversas y en ocasiones múltiple, cuya clínica se caracteriza por el deterioro de la memoria y otras funciones cognoscitivas y que cursa con síntomas psiquiátricos y alteraciones del comportamiento. Los déficits cognitivos no se deben a una alteración del nivel de conciencia y provocan un deterioro significativo de la actividad

laboral o social que supone un déficit respecto al nivel previo de actividad del individuo.

Los criterios diagnósticos utilizados actualmente son los del DSM IV-TR y los de la CIE 10 (tabla 4).

↑ 4.2. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la demencia es siempre clínico y se obtiene mediante anamnesis y exploración psicopatológica y neuropsicológica. Las pruebas complementarias pueden apoyar el diagnóstico y orientar el diagnóstico diferencial.

Tabla 2. Síntomas

Síntomas cognitivos	Síntomas psiquiátricos	Alteraciones de la conducta y cambios de la personalidad	Síntomas neurológicos
Amnesia. Alteración del lenguaje. Apraxias. Agnosias. Alteración del pensamiento abstracto y del juicio. Alteración de funciones ejecutivas. Alteración de atención y concentración.	Ansiedad. Depresión. Conductas suicidas. Ideas delirantes poco estructuradas de robo, celos. Alucinaciones sobretodo visuales. Falsas identificaciones. Fabulación.	Exageración de los rasgos propios. Desinhibición. Labilidad emocional. Conductas agresivas. Oposicionismo. Deambulación incontrolada. Apatía.	Temblor. Alteraciones de la coordinación y de la marcha. Rigidez muscular. Incontinencia urinaria. Mioclonías. Crisis convulsivas. Reflejos primitivos.

↑ Tabla 3. Características diferenciales de las demencias corticales y subcorticales

Demencia Cortical	Afectación precoz de la memoria. Afectación posterior de todas las funciones corticales: lenguaje, gnosis, praxias, habilidades visuoespaciales, abstracción, juicio. Personalidad bastante conservada al inicio con apatía. Psicomotricidad bastante conservada al inicio. Síntomas afectivos no predominantes.
Demencia Subcortical	Memoria y funciones cognoscitivas menos afectadas al inicio. Lenguaje bastante preservado hasta estadios evolucionados. Alteraciones precoces e intensas del humor: ansiedad, depresión. Alteraciones motoras (temblor) y de la marcha (frecuentes caídas). Signos neurológicos de lesiones vasculares cerebrales.

Tabla 4. Criterios diagnósticos

DSM IV-TR	CIE 10
<p>A. Déficit cognitivo múltiple que afecta a la memoria y al menos una de las siguientes alteraciones: afasia, apraxia, agnosia o deterioro de funciones ejecutivas.</p> <p>B. Los déficits cognitivos provocan deterioro funcional significativo y suponen merma importante de actividad previa.</p> <p>C. Los déficits no se presentan únicamente en el curso de un cuadro de delirium ni son atribuibles a otro trastorno del Eje I.</p>	<p>A. Síndrome generalmente progresivo por enfermedad cerebral que afecta a memoria y una o más funciones intelectivas (pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, aprendizaje, lenguaje y juicio).</p> <p>B. No hay alteración del nivel de conciencia o alerta.</p> <p>C. Deterioro cognitivo no se acompaña en general de deterioro del control emocional, motivación o comportamiento social.</p> <p>D. Interferencia con actividades de la vida diaria que depende del ambiente cultural y social del paciente.</p>

Recomendaciones para el diagnóstico:

- Complementar la información obtenida del paciente con la de sus familiares o cuidadores.
- Utilizar escalas para objetivar los déficits cognoscitivos.
- Complementar la exploración psicopatológica con escalas estandarizadas (algunos de los más empleados incluyen las entrevistas estructuradas de los sistemas de clasificación DSM IV-TR y CIE, la entrevista estructurada CAM-DEX, la Escala de evaluación de enfermedad de Alzheimer y la BEHAVE-AD de alteraciones de conducta).
- Orientar el diagnóstico etiológico mediante la exploración física, neurológica, analítica y pruebas de neuroimagen.

Proceso diagnóstico

- **Objetivación del deterioro cognitivo.** Para objetivar los posibles déficits en las funciones cognitivas superiores es imprescindible el empleo de escalas. Algunas de ellas tienen utilidad en el cribado y otras complementan la evaluación pero para su aplicación precisan un adiestramiento especializado (tabla 5).

- **Determinación del tipo de demencia.** Cuando la demencia está muy evolucionada los síntomas son similares para todas, pero al inicio, los síntomas que están presentes y el tipo de comienzo y evolución orientan el diagnóstico hacia un tipo u otro de demencia (tabla 6).

Las pruebas básicas de laboratorio permiten identificar y descartar una serie de causas frecuentes de demencia fácilmente reversibles (tabla 7).

Las pruebas de neuroimagen (TC y RM) no permiten discriminar entre un anciano normal, uno con deterioro cognitivo o un paciente con demencia pero permiten orientar el diagnóstico etiológico. Las pruebas de imagen funcionales (SPECT y PET) aportan datos complementarios y aunque se han descrito patrones específicos para distintos tipos de demencia, su uso en el proceso diagnóstico todavía no se ha generalizado.

- **Grado de repercusión.** La evaluación funcional completa es esencial para la planificación del manejo terapéutico, la indicación de recursos y el apoyo para los cuidadores (tabla 8).

El conocimiento de la fase de evolución de la demencia del paciente permite realizar un plan terapéutico adecuado y realista (tabla 9).



Tabla 5. Pruebas de cribado de uso habitual

Prueba	Descripción	Uso
MEC (Mini-Examen Cognoscitivo)	Evalúa orientación, memoria de fijación, concentración y cálculo, memoria diferida, lenguaje y praxias. Existen dos versiones con puntuaciones máximas diferentes (30 y 35 puntos).	Rápido, sencillo y validado en población española. Valor predictivo sesgado por aspectos lingüísticos y nivel cultural.
Test de Pfeiffer		Aplicación muy breve.
Set-Test	Enumeración de elementos de una categoría.	
Test del Dibujo del reloj	Pedir que dibuje la esfera de un reloj con las agujas marcando las 11h 10min.	Sencilla. Discriminativa combinada con MEC.

Tabla 6. Síntomas asociados a los distintos tipos de demencias

Afectación al inicio	Enfermedad de Alzheimer	Demencia vascular	D. Fronto temporal	E. con cuerpos de Lewy
Lenguaje	+++		++	
Memoria	+++		+	
Cambios de personalidad	+	++	+++	
Depresión	+	+++		
Alucinaciones				+++
Signos neurológicos		+++		++
Inicio	Lento	Brusco		
Evolución	Lento	Fluctuante		Rápida
Neuroimagen	Atrofia cortical de predominio temporoparietal.	Lesiones vasculares diversas.	Atrofia cortical de predominio frontotemporal.	

Tabla 7. Pruebas básicas habituales de laboratorio

- Hemograma.
- Bioquímica (G, urea, creatinina, TG, colesterol, enzimas hepáticas).
- Iones.
- Hormonas tiroideas.
- Vitamina B12 y ácido fólico.
- Serología de lúes.

Tabla 8. Evaluación funcional de las demencias

AIVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria): pueden afectarse más precozmente.	ABVD (Actividades Básicas de las Vida Diaria): se afectan en estadios avanzados.
Incluye el manejo de dinero, uso de aparatos, preparar la comida o actividades de ocio.	Incluye el aseo personal, la alimentación y el control de esfínteres.
Test de Lawton.	Índices de Katz y Barthel.

Tabla 9. Estadiaje

EA	Clinical Dementia Rating Scale CDR – (no, muy leve, leve, moderada, grave). Global Deterioration Scale GDS – 7 estadios.
Otras Demencias	Leve – Moderada – Grave.

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (tabla 10 y 11)

Situaciones clínicas que precisan de diagnóstico diferencial con las demencias:

- Delirium.
- Depresión.
- Deterioro cognitivo leve.

6. TRATAMIENTO

➔ En el tratamiento de la demencia es necesario tener en cuenta que se trata de un síndrome donde lo clínico y lo social se relacionan de forma determinante y que con frecuencia plantea una problemática ético-legal a la que los clínicos nos enfrentamos con cierta inseguridad.

- Actuaciones fundamentales.
 - Prevención de los factores de riesgo modificables como los cardiovasculares.
 - Diagnóstico precoz para descartar causas potencialmente reversibles y enfocar el tratamiento de forma correcta.
 - Abordaje multidisciplinar coordinado que retrase la institucionalización mientras se fomenta la autonomía del paciente con utilización de recursos ambulatorios socio-sanitarios (centro de día, hospital de día...).
 - Alianza terapéutica entre los equipos sanitarios y los familiares.

– Tratamiento farmacológico sintomático.

- Tratamiento no farmacológico.

Rehabilitación cognitiva, psicoestimulación, intervención ambiental para disminuir los requerimientos cognitivos, estimulación ambiental, terapia de reminiscencia.

- Tratamiento farmacológico de los síntomas cognitivos en EA y otras demencias (tabla 12).
 - Estadio leve.
 - Moderado.

➔ Los fármacos inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE) (donepezilo, rivastigmina y galantamina) son los únicos que han demostrado efectividad en estos estadios en la EA. No han demostrado eficacia en estadios avanzados. También mejoran la sintomatología no cognitiva.

- Datos prácticos para el uso de estos fármacos:
 - Su indicación debe ser realizada por un neurólogo, geriatra o psiquiatra.
 - Contraindicaciones: úlcus activo, hemorragia gastrointestinal reciente, EPOC o asma, bloqueos en la conducción cardíaca.
 - Iniciar el tratamiento con dosis bajas con escalada de dosis mensual para minimizar efectos secundarios frecuentes (náuseas, vómitos, espasmos intestinales, diarrea, anorexia, pérdida de peso, cefaleas, inquietud y agitación al inicio). Si aparecen plantear escalada más escalonada.

Tabla 10. Diagnóstico diferencial de delirium y demencia

DELIRIUM	DEMENCIA
Evolución aguda o subaguda (días o semanas).	Evolución generalmente insidiosa y progresiva en meses o años (excepto demencia vascular).
Característica disminución del nivel de conciencia y afectación atencional, aunque heterogéneo clínicamente.	Deterioro cognitivo heterogéneo (según tipo de demencia) sin alteración del nivel de conciencia (excepto D. con cuerpos de Lewy).
Aunque la demencia favorece la aparición de delirium y éste es a veces la primera manifestación de demencia, no puede diagnosticarse demencia en el curso de un delirium.	

Tabla 11. Diagnóstico diferencial de demencia y depresión

DEPRESIÓN	DEMENCIA
Instauración relativamente breve (semanas).	Instauración lenta.
Ánimo bajo y síntomas afectivos prominentes (ideas de culpa o ruina, anhedonia, autoimagen devaluada).	Afecto más lábil e inestable. Predomina la indiferencia.
Cognitivamente alteraciones en memoria de fijación y atención.	Puede presentar otras alteraciones cognitivas (afasia, apraxias, agnosias).
Quejas de problemas cognitivos. Desinterés por el rendimiento en las pruebas.	Los déficits tienden a ocultarse. Menos conciencia de enfermedad.
Responden a tratamiento antidepresivo.	No responden o empeoran con antidepresivos.

Tabla 12. Tratamiento farmacológico de la EA, demencia vascular y D. con cuerpos de Lewy

Tipo de demencia	Fármaco	Posología	Otras medidas importantes
EA	Donepezilo (IACE) Rivastigmina (IACE) Galantamina (IACE) Memantina	5-10 mg/24 h 1,5-6 mg/12 h 4-12 mg/12h 10 mg/12 h	Tratamiento sintomático.
Demencia vascular	Antitrombóticos – Aspirina – Clopidrogel/ dipiridamol IACE	75-100 mg/día Si hay intolerancia a aspirina.	Control de factores riesgo cardiovascular: – Supresión del tabaco. – Control de dieta. – Tratamiento de fibrilación auricular. – Tratamiento de dislipemias: estatinas. – Reducción de la presión arterial. – Tratamiento sintomático.
Demencia con Cuerpos de Lewy	IACE		Tratamiento sintomático: antiparkinsonianos, clometiazol, carbamazepina, baclofén...



RECOMENDACIONES CLAVE

No se puede realizar el diagnóstico de demencia en un paciente que presente un *delirium*.

El diagnóstico es clínico (síntomas y evolución) y la información de la familia es imprescindible.

El tratamiento farmacológico debe ser lo más simple posible teniendo en cuenta que los IACE mejoran las alteraciones de conducta y los síntomas psicopatológicos, además de los síntomas cognitivos.

7. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Sociedad Española de Psicogeriatría. Consenso español sobre demencias. 2ª ed. Barcelona: Saned. 2005.

Castilla Guerra L, Fernández Moreno MC, Jiménez Hernández MD. Manual de neurogeriatría. Madrid: Grupo 2 Comunicación Médica. 2008.

Toquero de la Torre F, Zarco Rodríguez J. Guía de buena práctica clínica de enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid: IM&C, S.A. 2004.

Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM IV-TR). Barcelona: Masson. 2002.

Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación (CIE 10). Madrid: Meditor. 1994.

8. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Grupo español multidisciplinar para la atención coordinada al paciente con demencia. Atención coordinada al paciente con demencia. Madrid: Doyma. 2000.

Del Ser Quijano T, Peña-Casanova J. Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona: JR Prous Editores. 1994.

Agüera Ortiz L, Cervilla Ballesteros J, Martín Carrasco M. Psiquiatría geriátrica. 2 ed. Barcelona: Masson, 2006.

De la Serna de Pedro I. Manual de psicogeriatría. Barcelona: Masson. 2000.

Fernández-Barreiro A, Alberca R. Psicosis en las demencias degenerativas. Madrid: Saned. 2005.



27. OTROS TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS



Autoras: Teresa Jimeno, Yolanda Román y Carmen Pradas
Tutor: Mauro García Toro
Hospital Son Llatzer. Palma de Mallorca

CONCEPTOS ESENCIALES

En el estudio de todo trastorno mental siempre nos debemos plantear que pueda estar inducido de forma significativa por otra enfermedad médica, por sustancias psicoactivas o tóxicos a los que se haya expuesto el paciente.

Conviene para ello buscar indicios de “organicidad”, con una exploración psicopatológica completa, sobre todo en cuanto a nivel de conciencia, atención, orientación, memoria, pensamiento abstracto, capacidad de juicio, etc.

Una vez confirmado el diagnóstico de Trastorno Mental Orgánico se debe actuar prioritariamente sobre los factores etiológicos. Suele ser muy importante plantear además un tratamiento sintomático en la medida en que la situación clínica del paciente lo permita.

➔ 1. EPIDEMIOLOGÍA

Algunas enfermedades, fármacos y tóxicos han demostrado de forma clara su potencialidad para inducir trastornos mentales. En muchas otras ocasiones la propuesta de asociación proviene de comunicaciones de casos clínicos y estudios con muestras pequeñas, por lo que la evidencia es menos clara. En consecuencia, no se conoce bien la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales orgánicos, aunque parece muy importante (tabla 1).

2. ETIOPATOGENIA

Debemos tener en cuenta la interacción de estos tres factores:

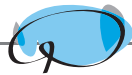
- Factor biológico: constancia o sospecha de enfermedad somática, fármaco, tóxico o droga que pueda relacionarse biológicamente con la psicopatología que presenta el paciente y que coincide o antecede a los síntomas. Si aparecen con posterioridad, aunque los descartemos como factores biológicos precipitantes, conviene estudiar una posible acción agravante o mantenedora.
- Factor huésped: las manifestaciones psicopatológicas variarán en función de la edad, grado de vulnerabilidad (genética o constitucional) y factores de personalidad.
- Factor ambiente: el nivel de estimulación sensorial y conocimiento del entorno, así como la calidad de la red social de apoyo, condicionan también la vulnerabilidad psicosocial de los pacientes.



Tabla 1. Enfermedades médicas, fármaco, tóxicos y drogas más potencialmente inductores de síndromes psicopatológicos

	Ansioso	Depresivo	Maniaco	Catatónico	Psicótico
Enfermedades neurológicas					
Enfermedad de Alzheimer	✓	✓	✓	✓	✓
Enfermedad de Pick	✓	✓	✓		✓
Enfermedad de Parkinson	✓	✓	✓		✓
Enfermedad de Wilson	✓	✓	✓		✓
Enfermedad de Huntington	✓	✓	✓		✓
Traumatismo craneoencefálico	✓	✓	✓		✓
Hidrocefalia normotensiva		✓	✓		
Leucodistrofia metacromática					✓
Encefalopatía hipóxica	✓				✓
Parálisis supranuclear		✓			
Procesos expansivos intracraneales	✓	✓	✓	✓	✓
Enfermedad vascular cerebral	✓	✓	✓	✓	✓
Epilepsia	✓	✓	✓	✓	✓
Migraña	✓	✓	✓		✓
Esclerosis múltiple	✓	✓	✓		✓
Síndrome de Gilles de la Tourette	✓	✓	✓		
Ataxia de Friedrich		✓			✓
Esclerosis lateral amiotrófica	✓	✓			✓
Esclerosis tuberosa		✓			✓
Narcolepsia	✓	✓	✓		✓
Parálisis supranuclear	✓	✓			✓
Miastenia grave	✓	✓			✓
Enfermedad de Fahr		✓			✓
Corea de Sydenham	✓				✓
Enfermedades cardiovasculares y respiratorias					
Tromboembolismo pulmonar	✓				
Neumonía	✓				
Neumotórax	✓	✓			
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	✓		✓		✓
Asma	✓				
Síndrome de apnea del sueño	✓	✓			
Acidosis respiratoria	✓				✓
Alcalosis respiratoria	✓				
Enfermedad coronaria	✓				✓
Insuficiencia cardíaca	✓				✓
Edema pulmonar	✓				
Prolapso válvula mitral	✓	✓			
Arritmia cardíaca	✓				✓
Encefalopatía hipertensiva	✓				

	Ansioso	Depresivo	Maniaco	Catatónico	Psicótico
Enfermedades digestivas y nutricionales					
Encefalopatía hepática	✓	✓	✓		✓
Cáncer de páncreas	✓	✓	✓		✓
Déficit de tiamina (vitamina B1)	✓	✓			✓
Déficit de cobalamina (vitamina B12)	✓	✓			✓
Déficit de piridoxina (vitamina B6)	✓	✓			
Déficit de ácido fólico	✓	✓			✓
Déficit de ácido ascórbico		✓			✓
Déficit de ácido nicotínico	✓	✓		✓	✓
Déficit de hierro		✓			
Déficit de zinc		✓			
Enfermedad de Whipple		✓			✓
Desnutrición severa	✓	✓			✓
Enfermedades endocrinas y metabólicas					
Síndrome de Cushing	✓	✓	✓		✓
Diabetes insípida	✓				
Diabetes mellitus		✓			
Hipoglucemia		✓			
Hipopituitarismo		✓			
Feocromocitoma	✓				
Enfermedad de Addison		✓	✓		✓
Hipertiroidismo	✓	✓	✓		✓
Hipotiroidismo	✓	✓	✓		✓
Hiperparatiroidismo	✓	✓			✓
Hipoparatiroidismo	✓	✓			✓
Menopausia	✓	✓			
Dismenorrea	✓	✓			✓
Acromegalia		✓			
Cetoacidosis diabética	✓			✓	
Hipoglucemia	✓				✓
Insulinoma	✓	✓			✓
Síndrome carcinoide	✓				
Alteraciones hidroelectrolíticas	✓	✓			✓
Coma hiperosmolar		✓			
Uremia	✓	✓			✓
Diálisis	✓	✓	✓		✓
Acidosis metabólicas	✓				
Alcalosis metabólicas	✓				
Hipercalcemia				✓	
Hiperaldosteronismo	✓	✓			
Hipofunción testicular (Sd. Klinefelter)					✓
Porfirias	✓	✓		✓	✓
Síndrome paraneoplásico	✓	✓			✓



	Ansioso	Depresivo	Maniaco	Catatónico	Psicótico
Enfermedades infecciosas e inflamatorias					
Lupus	✓	✓	✓		✓
Artritis reumatoidea	✓	✓			✓
Meningitis	✓				
Encefalitis	✓	✓	✓	✓	✓
Neurosifilis	✓	✓	✓		✓
SIDA	✓	✓	✓		✓
Sarcoidosis		✓			
Toxoplasmosis		✓			
Síndrome de Sjögren		✓			
Mononucleosis infecciosa	✓	✓			
Síndrome de fatiga crónica	✓	✓			
Fibromialgia	✓	✓			
Tuberculosis	✓	✓			
Panencefalitis esclerosante					✓
Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob					✓
Tifus		✓			
Enfermedad de Lyme		✓		✓	✓
Vasculitis		✓			✓
Fiebres tiroideas		✓	✓		
Brucelosis		✓			
Fármacos					
Fármacos respiratorios	✓	✓			✓
Antihipertensivos	✓	✓			
Anticolinérgicos	✓	✓	✓		✓
Neurolepticos	✓	✓		✓	✓
Antidepresivos y otros psicofármacos	✓		✓		✓
Anticonvulsiantes	✓	✓			✓
Antiparkinsonianos	✓	✓	✓		✓
Hormonas	✓	✓	✓	✓	✓
Analgésicos	✓	✓			✓
Antirretrovirales	✓	✓			✓
Interferón	✓	✓	✓		✓
Antiarrítmicos	✓	✓			✓
Bloqueadores B	✓	✓			✓
Anestésicos	✓	✓			✓
Digitálicos		✓			✓
Relajantes musculares	✓	✓	✓		✓
Antidiabéticos orales	✓				
Antineoplásicos			✓		
Antihistaminicos	✓	✓			✓
Antimicrobianos	✓	✓	✓		✓
Productos OTC (venta sin receta)	✓	✓	✓		✓

	Ansioso	Depresivo	Maniaco	Catatónico	Psicótico
Tóxicos					
Plomo	✓	✓	✓		✓
Mercurio	✓	✓			✓
Arsénico	✓				
Disulfuro de Carbono			✓		✓
Manganeso	✓				✓
Talio		✓			✓
Monóxido de carbono	✓	✓			
Anticolinesterásicos	✓				
Disolventes orgánicos	✓	✓			
Drogas					
Alcohol	✓	✓	✓		✓
Abstinencia alcohol	✓	✓			✓
Anfetaminas	✓	✓	✓		✓
Abstinencia anfetaminas	✓	✓			
Cafeína	✓				
Cannabis	✓	✓	✓		✓
Cocaína	✓	✓	✓		✓
Abstinencia de cocaína	✓	✓			
Alucinógenos	✓	✓	✓		✓
Opiáceos		✓	✓		✓
Abstinencia de opiáceos		✓			✓
Inhalantes	✓	✓	✓		✓
Sedantes		✓	✓		✓
Abstinencia de sedantes	✓	✓			✓
Fenciclidina	✓	✓	✓	✓	✓

↑ 3. CLÍNICA

A la exploración psicopatológica se han descrito más frecuentemente algunas situaciones características de los Trastornos Mentales Orgánicos que se resumen a continuación:

- Nivel de consciencia: disminuido o fluctuante.
- Memoria: disminuida, en especial la memoria reciente.
- Atención y concentración: dificultada.
- Psicomotricidad: más fluctuaciones a lo largo del día.
- Agresividad: mayor, sobre todo en el consumo de sustancias psicoactivas.
- Capacidad de abstracción: disminuida.
- Capacidad de insight: conservada.
- Deterioro cognitivo: mayor.
- Lenguaje: disártrico o afásico, pobre, perseverante, estereotipado o tangencial.
- Sueño: somnolencia o hipersomnía.
- Afectividad: frecuentemente lábil y a veces fluctuante e insulsa.
- Pensamiento: si existen ideas delirantes suelen ser más fugaces, desorganizadas, estimuladas por el medio ambiente y corregibles.
- Sensopercepción: si existen alucinaciones, suelen ser más estereotipadas, incongruentes con el ánimo y egodistónicas. Con mayor frecuencia son visuales, olfatorias o gustativas y responden a medidas correctoras y a la reafirmación. Ilusiones muy frecuentes.



4. DIAGNÓSTICO

Debido a lo expuesto en el anterior apartado en la valoración psicopatológica del sujeto conviene analizar con especial cuidado:

- Estado de conciencia (alerta, somnolencia, estupor, coma).
- Apariencia del paciente.
- Estado de ánimo.
- Orientación
- Memoria.
- Atención.
- Capacidad de cálculo.
- Pensamiento abstracto y capacidad de juicio.

↑ Además, existen otros indicios que pueden ser útiles para el diagnóstico:

- Antecedentes psiquiátricos personales y familiares: son menos frecuentes. No suele haber graves acontecimientos vitales estresantes y la personalidad premórbida con frecuencia ha mostrado buena adaptación.
- Inicio: es más sospechoso si la psicopatología se presenta en mayores de 40 años. Puede hacerlo de forma súbita o insidiosa en función del factor biológico asociado.
- Curso: evolución y posible remisión en función del factor biológico subyacente, aunque puede que sin coincidencia temporal exacta.
- Exploración física: se encuentra focalidad neurológica u otros indicios de patología somática. Pueden apreciarse hallazgos anormales en las exploraciones complementarias (analítica, radiología, etc.).
- Respuesta terapéutica: menor respuesta tanto a los psicofármacos como a las intervenciones psicopsicoterapéuticas.

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (tabla 2)

Existen ciertos elementos que nos deben llevar a sospechar un origen orgánico de sintomatología psiquiátrica:

- Antecedentes de consumo de tóxicos.

- Formas atípicas de presentación de enfermedades psiquiátricas.
- Pérdida excesiva de peso en trastornos depresivos en los que no aparece anorexia, o ésta no es tan importante como para justificarla.
- Formas atípicas de evolución de sintomatología psiquiátrica, con respuesta parcial o nula a tratamiento.
- Falta de estudios médicos previos en pacientes con antecedentes psiquiátricos, que refieren sintomatología física de mala evolución que ha sido directamente atribuida a su patología psiquiátrica.

6. POBLACIONES ESPECIALES

En los jóvenes hay que tener especial cuidado en descartar el consumo de drogas, y en los ancianos, la utilización de fármacos psicoactivos. Es recomendable contrastar la información proporcionada por el paciente.

7. TRATAMIENTO

- Actuar sobre el factor biológico. Siempre que sea posible y en el plazo de tiempo más corto, hay que retirar el fármaco, aislar del tóxico, tratar la enfermedad, etc.
- Tratamiento sintomático. Si el paciente no colabora y su estado mental lo aconseja, hay que procurar un rápido control de su comportamiento, sobre todo si es potencialmente peligroso. La hospitalización puede estar indicada por este motivo o porque resulte difícil el estudio y el tratamiento ambulatorio.

7.1. PSICOFARMACOLÓGICO

Aunque se ha señalado que lo ideal es tratar con las mismas directrices que si no existe un factor biológico relacionado, con frecuencia hay que disminuir la dosis y el tiempo de tratamiento, considerar la condición somática del paciente (funcionalismo hepático, renal, etc.) y la posibilidad de interacciones con otros fármacos.

7.2. PSICOTERAPÉUTICO

- Adoptar una actitud de apoyo, en un ambiente relajado.

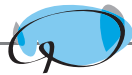
Tabla 2. Indicios para el diagnóstico diferencial de síndromes específicos

	Sospecha de “organicidad”	No sospecha de “organicidad”
Síndrome ansioso	El más frecuente es un síndrome similar al de pánico, rara vez cuadros fóbicos. Los ansiolíticos e incluso la psicoterapia pueden aliviar pero no solucionan el problema.	Los más frecuentes son el trastorno por ansiedad generalizada y las fobias. La respuesta a la psicoterapia y/o farmacoterapia suele ser buena, según el tipo de trastorno.
Síndrome depresivo	Posibles oscilaciones a lo largo del día, sin un patrón claro. Suelen tener una respuesta pobre a los antidepresivos y a la psicoterapia.	Es típico el inicio en primavera u otoño, los cambios a lo largo del día y el insomnio de despertar precoz.
Síndrome maniaco	Su euforia y exaltación suele ser más “insulsa”, sin irradiación afectiva. Acostumbran a necesitar dosis menores de antipsicóticos para lograr la sedación, responden mal a los antimaniacos y empeoran si se les aísla.	Su euforia y exaltación acostumbra a ser más “contagiosa”, con irradiación afectiva. Buena respuesta a los antimaniacos y mejoran al disminuir la estimulación ambiental.
Síndrome psicótico	Suelen presentar una evidente alteración de su funcionamiento habitual. Es fácil que hablen espontáneamente de sus síntomas y que los critiquen.	Su funcionamiento suele alterarse menos de lo esperable por sus síntomas. Es difícil que hablen espontáneamente de ellos y que los critiquen.
Síndrome catatónico	El EEG suele ser anormal y empeoran con el test del amital. La respuesta a los antipsicóticos suele ser pobre.	El EEG suele ser normal y mejoran con el test del amital. La exploración neurológica, cuando es posible, no suele presentar anomalías.
Cambio de personalidad	Suelen tener más dificultad para prever las consecuencias de sus actos. La familia es capaz de situar en el tiempo el inicio del problema. Existe una ruptura en la continuidad biográfica.	Suelen tener menor dificultad para prever las consecuencias de sus actos. La familia no puede precisar el inicio, situándolo en la adolescencia o juventud. Existe continuidad biográfica.

- Establecer una relación empática con el paciente hablando frecuentemente con él, a pesar de que esté desorientado, amnésico o delirante, es siempre terapéutico y suele ayudar a conseguir un mayor grado de colaboración.
- Explicarle en un lenguaje comprensible para él, y de forma concisa, lo que le está ocurriendo y las pruebas que deben realizarse.
- Informar y despejar todas las dudas que tenga la familia sobre la naturaleza del problema, evitando que lo atribuyan exclusivamente a debilidad de carácter, exceso de estrés ambiental,

etc., y para que puedan tomar las decisiones oportunas en lugar del paciente, si éste no se encuentra capacitado mentalmente para ello.

- Cuando el paciente se recupere hay que ayudarle a comprender lo ocurrido, a integrarlo sin vergüenza ni culpa y hacer un duelo si hay secuelas. No se debe caer en la tentación de atribuir todos los problemas que tenga el paciente a la lesión cerebral, sin tener en cuenta otros factores como la personalidad previa, etc. En algunos casos estará indicada una psicoterapia más reglada.



- Hay que intercambiar opiniones y coordinarse con todos los profesionales que estén interviniendo en el caso.

Un enfoque preventivo global de los Trastornos Mentales Orgánicos comprendería la intervención en tres niveles:

- Prevención primaria: evitar la acción de los agentes causales sobre el sistema nervioso central, tanto por educación en la comunidad como con acciones específicas que eviten infecciones, traumatismos, etc.

- Prevención secundaria: diagnóstico y tratamiento precoz de los diferentes trastornos orgánicos. Se diferencian dos tipos de tratamiento: uno etiológico o específico (referido al tratamiento de los procesos patológicos primarios) y otro inespecífico (de los factores sintomáticos, de comportamiento y ambientales).

- Prevención terciaria: programas de rehabilitación psiquiátrica.

RECOMENDACIONES CLAVE

La psicopatología condicionada por agentes biológicos subyacentes puede ser indistinguible de la que no lo está, pero con frecuencia existen manifestaciones atípicas en la expresividad clínica, curso o respuesta terapéutica que permiten sospecharla.

Ninguna de las pistas apuntadas en este capítulo tiene valor aisladamente, sino de forma orientativa, teniendo en cuenta el resto de los datos de la historia clínica y la exploración.

La constatación de organicidad en un paciente no supone que sea menos importante construir una relación terapéutica basada en la empatía, en la que se puedan abordar también otros posibles factores psicosociales implicados.

8. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson. 1995.

Gabbard GO. Tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Barcelona: Ars XXI. 2008.

García Toro M, González Guillén A. Psicopatología inducida por agentes biológicos. Barcelona: Masson. 1998.

Kaplan H, Sadock BJ, Grebb JS. Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Médica Panamericana. 1998.

Vallejo-Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 4ª ed. Barcelona: Masson. 1998.

9. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

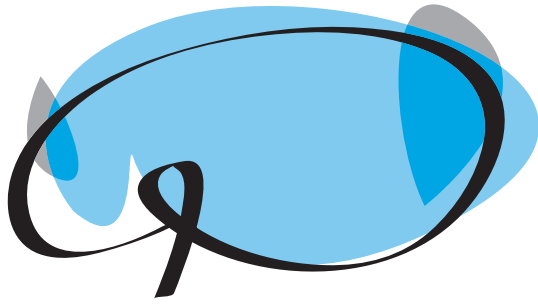
Rico RM, González F, Pena JM, Ruiz M. El paciente orgánico aparentemente psiquiátrico y viceversa. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar>

Extramiana E, Iriarte L, Cilveti S, Artieda L. Trastorno psicótico por exposición a disolventes. A propósito de un caso. Arch Prev Riesgos Labor 2004;7:153-7.

Perales A. Manual de psiquiatría "Humberto Roton-do". 2ª ed. Lima: UNMSN. 1998.

Saiz J. Esquizofrenia, enfermedad del cerebro y reto social. Barcelona: Masson. 1999.

Roca M. Trastornos de personalidad. Barcelona: Ars Médica. 2008.



MÓDULO 2.

Clínica psiquiátrica



Adicciones





28. ALCOHOL



Autores: Guillermo Fariña Ruiz, José Miguel Marrero Marrero y Luis Fernando Cárdenes
Tutora: Dácil Hernández García
Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Tenerife

CONCEPTOS ESENCIALES

Importante problema de salud pública.

Gravedad de algunos cuadros de abstinencia (*delirium tremens*).

Asociación entre alcohol y psicosis.

Criterios clínicos que obligan a desintoxicación hospitalaria.

Abordaje bio-psico-social del paciente.

1. EPIDEMIOLOGÍA

El consumo de alcohol está ampliamente extendido y culturalmente aceptado en la mayoría de los países occidentales, constituyendo en la actualidad un importante problema de salud pública. Se trata de un hábito que con frecuencia se encuentra influenciado por el contexto económico, social y cultural en el que vivimos. Existe una alta estigmatización del enfermo alcohólico que además puede acabar presentando graves secuelas a nivel físico, psicológico, familiar, social, laboral y/o legal.

Los datos aportados en la encuesta epidemiológica que se realiza a residentes de 15 a 64 años de hogares españoles por el observatorio para el PND (2007/2008), documentan que 88% de la población lo ha tomado alguna vez. La prevalencia de “bebedores de riesgo” es del 3,4%. El cociente de prevalencia hombre/mujer es de 1,2 para la prevalencia anual de consumo; 2,1 para la prevalencia anual de borracheras y 3,2 para la prevalencia de consumo diario en el último mes. La edad media de primer consumo de alcohol es 16,8 años. Las intoxicaciones etílicas son el trastorno mental orgánico más común;

durante el último año un 19,2% de la población de 15-64 años se había emborrachado alguna vez.

2. FISIOPATOLOGÍA

Actualmente se ha visto que el alcohol puede alterar la estructura y función de las proteínas y neurotransmisores como el ácido gamma-aminobutírico (GABA), glutamato, dopamina, serotonina y noradrenalina.

Cuando el alcohol ingresa al sistema nervioso central tiene un efecto inhibitorio mediado por el GABA, principalmente en el receptor GABA; debido a que las neuronas gabaérgicas están esparcidas en el sistema nervioso central, el alcohol potencia la inhibición de la actividad neuronal en múltiples áreas del cerebro. El efecto es similar al de las benzodiazepinas como ansiolítico. El alcohol incrementa el efecto del receptor GABA; según el concepto de adaptación de Himmelsbach, se puede asumir que con el uso crónico del alcohol se disminuirán los receptores GABA en las superficies. Esto produce un equilibrio que, a su vez, es el origen de la tolerancia, la dependencia y la abstinencia.



Al glutamato, el principal neurotransmisor excitador, el alcohol lo afecta por inhibición de los receptores NMDA (N-metil-D-Aspartato), produciendo una *up regulation*, es decir, un aumento en el número de receptores NMDA que persiste aunque el organismo esté libre de alcohol, lo cual puede ser el origen de hiperexcitabilidad, alucinaciones y convulsiones. A través de estos receptores NMDA y de otros canales de calcio como los canales abiertos por despolarización (VOCC) y canales abiertos mediante la interacción hormona receptor (ROCC), el alcohol provoca una disminución del flujo sanguíneo del calcio en las neuronas. Todos los cambios adaptativos que ocurren en los receptores ROCC, VOCC, NMDA y GABA, persisten durante la abstinencia de alcohol y se consideran que contribuyen a los síntomas del síndrome; probablemente, algunas de las características del mismo sean causadas por un incremento generalizado en la excitabilidad neuronal que tiende a empeorar con el tiempo.

Según estudios de carácter neurobiológico, la vía dopaminérgica mesolímbica desde el área tegmental ventral al núcleo *accumbens* es activada por muchas sustancias que producen dependencia como el alcohol, la cocaína, los opiáceos y la nicotina. La activación de esta vía media la recompensa que se produce por las drogas y es la responsable de la dependencia. El uso repetido del alcohol sensibiliza el sistema e inicia la secreción de dopamina, favoreciendo su uso adicional. Esta sensibilización también está asociada con el *craving* del alcohol (ansiedad de consumo). La ingestión aguda de alcohol aumenta la actividad del *locus ceruleus* que tiene que ver con el incremento en la actividad serotoninérgica y noradrenérgica. Los signos de abstinencia, como diaforesis, taquicardia, hipertensión y temblor, están dados por un incremento en la actividad noradrenérgica y la fatiga, debilidad, hipertensión, confusión y la depresión pueden deberse parcialmente al exceso de glucocorticoides, lo cual se explica por activación en el eje hipotálamohipofisoadrenal (HHA), ya que un incremento en los niveles de corticosteroides se ha asociado con alteraciones en el estado de ánimo y deterioro cognitivo.

3. CLÍNICA

3.1. INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA SIMPLE O TÍPICA

La intoxicación por alcohol es de duración limitada, la intensidad de los efectos es inversamente pro-

porcional a la tolerancia desarrollada por la persona y es directamente proporcional a la concentración de etanol en sangre, y ésta a su vez depende de la cantidad de alcohol ingerida y graduación, de la velocidad de absorción digestiva, de la cantidad de líquido que se beba con el alcohol (que diluirá su concentración en sangre), del peso del paciente y del tiempo que haya pasado tras su consumo. En la IEA típica si relacionamos la sintomatología con las concentraciones de etanol en sangre encontramos diferentes estadios en una persona que no haya desarrollado tolerancia al alcohol:

Con una concentración baja de etanol en sangre, entre 20 y 30 mg/dl, la persona refiere "estimulación". En conjunto los efectos de "pseudoexcitación" como sensación de euforia, optimismo, aumento de sociabilidad, conducta desinhibida y sobrevaloración personal se asocian a alteraciones importantes del rendimiento psicomotor, disminución de habilidad psicomotora fina, aumento del tiempo de reacción a estímulos y pérdida de la capacidad de concentración. También se presenta deterioro de la acomodación y de la capacidad para seguir objetos, reducción del campo visual y alteración de la visión periférica. Concentración de etanol entre 100-150 mg/dl conlleva mayor depresión central con sintomatología más relevante a nivel psicológico y psicomotor, torpeza expresiva y motora (disartria y ataxia), pérdida de reflejos, sopor y sueño. Concentraciones entre 400 y 500 mg/dl producen coma, depresión bulbar, e incluso, muerte. Cuando se ha desarrollado neuroadaptación y tolerancia al alcohol por consumo crónico, el cuadro desarrollado a igualdad de concentración de etanol en sangre es diferente disminuyendo en estos casos los efectos motores, sedantes, ansiolíticos y anestésicos.

El tratamiento consiste en soporte vital y control hidroelectrolítico. En las intoxicaciones graves se recomienda administrar tiamina 100-200 mg/im. y posteriormente 100 mg oral, durante, al menos, tres días. Se debe instaurar tratamiento con tiamina antes de la administración de suero glucosado para prevenir la aparición de Síndrome de Wernicke Korsakov.

3.2. EMBRIAGUECES ATÍPICAS

Cambios graves y bruscos en el comportamiento asociado a agresividad física o verbal, agitación y

en ocasiones ilusiones y/o alucinaciones que siguen a la ingesta de cantidades relativamente pequeñas de alcohol (las concentraciones de etanol en sangre suelen ser menores a 40 mg/100 ml). El cuadro se inicia a los pocos minutos de la ingesta, de forma brusca, con conciencia obnubilada y sin coordinación. Tras 2 ó 3 horas de evolución el cuadro remite, entrando en un sueño profundo y suelen presentar amnesia parcial o total del episodio. El trastorno es más frecuente en varones mayores y tiende a repetirse en el mismo sujeto. Aparece con mayor frecuencia en pacientes con patología y/o tratamientos psiquiátricos y son muy raras en individuos sanos. No se incluye como tal en el DSM IV, debiendo tipificarse como intoxicación por alcohol o trastorno relacionado con el alcohol no especificado DSM IV. El tratamiento es de sostén: entorno y actitudes relajadas, sujeción mecánica si es preciso. Evitar en lo posible los sedantes porque potenciarían los efectos del alcohol. De ser necesarios, usar una ampolla im. de diazepam, cloracepato o haloperidol.

↑ 3.3. SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA

Las principales manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia son temblores, alucinaciones, convulsiones y *delirium*. El síntoma más frecuente son los temblores que aparecen a las pocas horas de la abstinencia y afectan sobre todo a manos, labios y lengua, y suelen acompañarse de náuseas, diaforesis, debilidad e irritabilidad. Entre las 24 y 48 horas del cese de la ingesta alcohólica aparecen alucinaciones visuales o auditivas, que posteriormente suelen desaparecer en pocos días. Sin embargo, algunos pacientes pueden tener alucinaciones auditivas durante un tiempo prolongado. El alcohol puede precipitar una crisis en pacientes epilépticos en el curso de una ingesta importante y ocasionar convulsiones en pacientes no epilépticos en la fase inicial del periodo de abstinencia.

➡ El *delirium tremens* es una manifestación grave del síndrome de abstinencia caracterizado por disminución del nivel de conciencia o confusión, alucinaciones (micropsias, zoopsias, etc), temblores, agitación, taquicardia, pupilas dilatadas, sudoración profusa y fiebre. El cuadro a menudo es fluctuante y suele agravarse por la tarde o cuando disminuye la iluminación de la habitación. Los síntomas pueden aparecer entre las 24 y las 150 horas desde la última

ingesta etílica, aunque el período de mayor incidencia es el comprendido entre las 72 y las 96 horas. Suele durar de 3 a 5 días, aunque en algunos casos puede prolongarse hasta 4-5 semanas. Se trata de una urgencia médica, que de no tratarse presenta una mortalidad del 20%, pasando al 5% cuando se trata correctamente.

3.4. CRISIS CONVULSIVAS

Pueden aparecer tanto en el contexto de la abstinencia como durante la intoxicación. Cuando aparecen las crisis convulsivas, lo hacen entre las 7-48 horas tras el cese del consumo. Son generalizadas y de características tónico-clónicas. Es frecuente que se repitan entre tres y cuatro veces a lo largo de las 48 horas, aunque también puede tratarse de un único episodio. Es muy rara la complicación en forma de estatus epiléptico. El tratamiento debe realizarse en el hospital general y se utilizan benzodicepinas. No está indicado el uso de anticonvulsivantes una vez remitido el episodio.

3.5. TRASTORNO AMNÉSICO, SÍNDROME DE WERNICKE-KORSAKOV Y DEMENCIA

El trastorno amnésico persistente se caracteriza por una pérdida transitoria de memoria, que habitualmente ocurre tras una intoxicación. Puede observarse en más del 70% de las personas que tienen dependencia al alcohol. Las formas típicas de presentación son "en bloque" o "en lagunas". Se ha relacionado con un comienzo precoz en el consumo etílico, un patrón de consumo caracterizado por la ingesta rápida de grandes cantidades y antecedentes de daño cerebral.

El Síndrome de Wernicke-Korsakov está relacionado con la deficiencia de tiamina y con alteraciones vasculares secundarias al consumo de alcohol. El cuadro clínico se caracteriza por nistagmo, parálisis de la mirada, marcha atáxica, confusión mental (confusión, apatía, somnolencia) y síndrome amnésico-confabulatorio. El tratamiento específico consiste en la administración de 100 mg/día de tiamina por vía parenteral y 1 mg de ácido fólico y complejo polivitamínico.

El diagnóstico de demencia es controvertido, ya que se caracteriza por presentar en un deterioro cognitivo circunscrito a las alteraciones mnésicas, que no es



progresivo, sino que incluso revierte con la abstinencia etílica y no es tan discapacitante como en el resto de las demencias. Los síntomas más frecuentes son las alteraciones de la memoria (reciente y remota), del aprendizaje, de la organización visual y espacial, de la abstracción visual, del mantenimiento de las funciones cognitivas y del control de impulsos.

3.6. TRASTORNOS PSICÓTICOS

La alucinosis alcohólica suele aparecer durante o tras periodos de consumo etílico importante, en sujetos que llevan varios años abusando del consumo de alcohol. El cuadro aparece entre el segundo y quinto día después de haber comenzado a reducir el consumo, aunque también puede aparecer al cabo de dos semanas. Es más frecuente en varones (4:1) y se caracteriza por la aparición de alucinaciones, siendo más frecuentes las auditivas en forma de voces acusatorias y amenazantes que producen pánico y conductas consecuentes (huida, agresión, denuncia). No hay alteración de la conciencia y orientación (a diferencia del *delirium tremens*) y no suele existir alteración del curso del pensamiento (como las que aparecen en la esquizofrenia). Las alucinaciones remiten durante la primera semana y ocasionalmente pueden persistir de forma crónica. Tras el episodio, la mayoría de los pacientes reconoce la naturaleza alucinatoria de los síntomas. En los casos de trastornos inducidos pueden utilizarse para el tratamiento benzodiacepinas o antipsicóticos incisivos.

El trastorno delirante inducido por alcohol consiste en un cuadro de ideas paranoides o de grandeza que aparecen en el contexto de las intoxicaciones, sin que existan fluctuaciones del nivel de conciencia. El pronóstico suele ser bueno y remite tras varios días de abstinencia.

El delirio de celos o celotipia alcohólica no aparece en las clasificaciones actuales como debido al alcohol, sino que se clasifican en el apartado de trastornos delirantes crónicos, al no haberse podido confirmar específicamente la etiología etílica.

3.7. OTROS TRASTORNOS INDUCIDOS

El consumo intenso y prolongado de alcohol es capaz de producir cuadros de ansiedad, depresión, alteraciones del sueño y de la función sexual, en los que

debe realizarse un correcto diagnóstico diferencial para evitar errores terapéuticos.

4. DIAGNÓSTICO DEL ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL

El mejor instrumento de evaluación es la historia clínica. No obstante, pueden utilizarse diferentes instrumentos y marcadores. En la práctica clínica contamos con tres procedimientos:

4.1. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EN EL ALCOHOLISMO

Requieren poco tiempo y pueden tener un papel relevante en atención primaria (tabla 1).

Tabla 1. Instrumentos utilizados en la evaluación de los problemas relacionados con el consumo de alcohol

Detección	Chronic Alcoholism General Evaluation (CAGE). Alcohol Use Disorders Identifications Test (AUDIT). Münchener Alkoholismus Test (MALT).
Evaluación del síndrome de abstinencia	Clinical Institute Withdrawal Assessment scale. For Alcohol, Revisada (CIWA-Ar).
Instrumentos multidimensionales	European Addiction Severity Index (EuropASI).

4.2. MARCADORES BIOLÓGICOS CONSOLIDADOS DE CONSUMO CRÓNICO EXCESIVO

Facilitan el abordaje de los pacientes que niegan o minimizan el consumo y también la intervención motivacional orientada a una reducción o abstinencia continuada de bebidas alcohólicas. En la actualidad se recomienda utilizar una batería de marcadores biológicos, puesto que no existe ninguno con la suficiente sensibilidad y especificidad (tabla 2).

Tabla 2. Marcadores biológicos utilizados para la detección de problemas por el consumo de alcohol

Volumen corpuscular medio (VCM)	<p>La elevación es el hallazgo hematológico más frecuente y requiere consumos > 60 g/día. La normalización tras abstinencia depende de la vida media de eritroblastos (120 días).</p> <p>Sensibilidad 20-50% y especificidad 55-90%</p>
Gamma-Glutamil-Transpeptidasa (GGT)	<p>Se eleva con consumos > 60 g/día para mujeres y > 74 g/día para hombres. El 50% de las elevaciones puede tener un origen distinto al alcoholismo. Es útil en las recaídas.</p> <p>Sensibilidad 35-90% y especificidad 50-90%</p>
Transferrina Deficiente en Carbohidratos (TDC)	<p>Se eleva con consumos > 15 g/día para mujeres y > 55 g/día para hombres. Normalización de niveles tras dos semanas de abstinencia.</p> <p>Sensibilidad 75-90% y especificidad 70-100%.</p> <p>Marcador biológico actual más preciso de consumo excesivo.</p>

4.3. EXPLORACIÓN DEL CRAVING Y EL AUTOCONTROL

La intensidad del *craving*, como sensación subjetiva de deseo o necesidad de beber se puede manifestar a través de síntomas diversos, y puede evaluarse de forma fiable con la Escala Multidimensional de *Craving* de Alcohol (EMCA), que funciona además como indicador de mayor necesidad de tratamiento y predictor de recaídas.

Otro elemento de interés diagnóstico es la batería analítica complementaria:

Hemograma completo, VSG y estudio de coagulación, bioquímica general con función hepática (GGT,

BB, FA), función renal (urea, creatinina), lípidos, glucosa, ácido úrico, electrolitos, CPK, amilasa, análisis de orina, proteinograma, marcadores virales (VHB, VHC) y serología luética.

5. TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO

La estrategia terapéutica en el paciente con un trastorno por consumo de alcohol debe ser individualizada y dependerá de varios factores:

Características del paciente: consumo abusivo, perjudicial, dependiente de alcohol, intoxicación o abstinencia, patología psiquiátrica inducida ó asociada (patología dual), patología médica subyacente, situación psicosocial, acompañamiento de persona responsable, nivel motivacional para el cambio.

Recursos sanitarios existentes y accesibilidad: Unidades de salud mental, unidades de conductas adictivas, unidades hospitalarias de desintoxicación, unidades de patología dual, comunidades terapéuticas.

Protocolos de actuación en esos recursos, incluyendo las urgencias hospitalarias.

5.1. TRATAMIENTO DE DESINTOXICACIÓN

El objetivo será conseguir la abstinencia al alcohol, evitando la aparición de los síntomas de privación (leve, moderada o grave), así como, las complicaciones asociadas a los fármacos utilizados para ello (sedación excesiva, depresión respiratoria, crisis convulsivas...) (tabla 3).

Tabla 3. Indicaciones de la desintoxicación hospitalaria

✓ Varón de 40-45 años, más de 10 años con ingestas mayores de 24 U/día.
✓ Consumo de alcohol en horas fijas.
✓ Síntomas de abstinencia a las 6-8 horas del último consumo.
✓ Antecedentes de convulsiones, <i>delirium</i> .
✓ Patología médica aguda: vómitos, diarreas, desnutrición, estado confusional.
✓ Tratamientos de desintoxicación previos.
✓ Enfermedades comórbidas graves: cirrosis, convulsiones, politoxicomanías, enfermedad psiquiátrica.
✓ Riesgo de suicidio.

La desintoxicación ambulatoria, podría considerarse de elección para 3 de cada 4 pacientes con problemas de alcoholismo. La desintoxicación de alcohol se puede hacer con fármacos hipnosedantes: benzodiazepinas, clometiazol y tiapride. Las benzodiazepinas no deben utilizarse en períodos prolongados y se recomiendan las de vida media larga. Es recomendable añadir vitaminoterapia del grupo B y ácido fólico (tabla 4 y 5).

5.2. TRATAMIENTO DE DESHABITUACIÓN

5.2.1. Fármacos interdictores del alcohol

El mecanismo de acción consiste en el bloqueo de la enzima aldehído-deshidrogenasa; aumento de los niveles plasmáticos de acetaldehído. La ingesta de alcohol mientras se toma estos fármacos puede producir: vasodilatación, náuseas, taquicardia, palpitaciones, mareo-vértigo, sudoración, dolor precordial,

Tabla 4. Desintoxicación de alcohol

Fármaco	Síndrome de abstinencia al alcohol moderado (CIWA-AR de 10-20).	Síndrome de abstinencia al alcohol grave (CIWA-AR más de 20).	De interés
Diacepam	30-60 mg/día vo.	10-20 mg/1-2 h hasta sedación.	Indicado: si convulsiones. Contraindicado: Insuficiencia renal, Insuficiencia hepática, abuso de benzodiazepinas.
Loracepam	1 mg/6-8 h vo.	2-4 mg/1-2 h hasta sedación.	Indicado: si Insuficiencia hepática.
Clometiazol	1.344-2.688 mg/día vo.	4 g/24 h iv. 3.072 mg/día en 3 días. Reducir 192 mg/día.	Indicado: si agitación psicomotriz. Contraindicado: Insuficiencia hepática, Insuficiencia respiratoria, Insuficiencia cardíaca, otras adicciones.
Tiapride	500-900 mg/día vo.	2-4 amp/4-6 h iv. (no más de 1.600 mg/día).	Indicado: si Insuficiencia respiratoria, si hay dudas de la abstinencia estricta o tendencias adictivas.
Vitamina B1	200-300 mg/día vo.	2 amp/día im., 3 días.	
Fólico + Vitamina B12	4-5 mg/día vo.		

Tabla 5. Estrategias de desintoxicación de alcohol.

Pauta de sedación fija	1 ^{er} día: dosis inicial del fármaco elegido. 2 ^o -3 ^{er} día: 50% de la dosis inicial. 4 ^o -5 ^o día: 50% de la dosis de los dos días previos. 6 ^o -10 ^o día: reducción hasta la supresión.
Pauta de dosis altas hasta la sedación	1 ^{er} -5 ^o día: mantener la dosis precisa de sedación. A partir del 5 ^o día: reducción progresiva.
Pauta de dosis cuando aparecen los síntomas	

rubefacción facial, diplopia, alteración de la presión arterial, cefalea, dificultad respiratoria, hiperventilación. Es importante entregar al paciente un listado de productos cosméticos, alimentos o bebidas que contengan alcohol. Importante la firma del consentimiento informado y la entrega de tarjeta identificativa donde se explique la reacción disulfiram-alcohol (tabla 6).

El disulfiram está contraindicado en pacientes cardíacas, en el embarazo y en la psicosis. Especial cuidado en hepatópatas, broncópatas, diabetes mellitus y epilepsia.

5.2.2. Fármacos *anticraving*

La naltrexona es un fármaco antagonista opiáceo, que bloquea el sistema opioide endógeno. Disminuye el deseo de consumo de alcohol y el refuerzo positivo que produce su ingesta, a través del sistema de recompensa dopaminérgico mesolímbico. Se utiliza a dosis única de 50 mg al día. Está contraindicado en pacientes con consumo activo de opioides, pacientes con compromiso hepático (bilirrubina 2 veces sus valores normales o tiempo de protrombina menor del 70%).

El acamprosato es un fármaco que aumenta la actividad gabérgica, disminuida por el consumo crónico de alcohol, y disminuye la hiperexcitación glutamatérgica, que persiste tras el abandono del consumo de alcohol. Disminuye el *craving* o ansia por el alcohol, disminuyendo el refuerzo negativo durante la abstinencia. La dosis diaria utilizada es de 2 comprimidos de 333 mg cada 8 horas. Está contraindicado en pacientes con insuficiencia renal. Es poco utilizado en nuestro medio. Estudios recientes han puesto en duda su utilidad.

5.2.3. Intervención psicosocial (tabla 7).

Tabla 7. Abordajes psicoterapéuticos recomendados. Asociación Americana de Psiquiatría.

Recomendación I	Abordaje motivacional. Terapia cognitivo-conductual. Terapia familiar y de pareja. Técnicas facilitadoras en 12 pasos*.
Recomendación II	Terapia de grupo.
Recomendación III	Terapia psicodinámica. Terapia Interpersonal.

(I) Seguridad clínica substancial. (II) Seguridad clínica moderada. (III) Recomendado en circunstancias individuales.

(*) Actualmente no existe acuerdo en cuanto a su eficacia.

Tabla 6. Diferencia entre el disulfiram y cianamida. Adaptado de Ritchie (1986)

	Disulfiram	Cianamida
Efecto	Prolongado (hasta 15 días).	Reversible (24 horas).
Inicio del efecto	12 horas después.	1-2 horas después.
Potencial hepatotóxico	+	+++
Dosis diarias	250-500 mg (1-2 comp/día).	75 mg (12 got-0-12 got).
Requiere tratamiento continuo	Sí.	No.
Cambiar a otro tratamiento	Esperar 10 días.	Esperar 24 horas.



RECOMENDACIONES CLAVE

Diferencias intoxicación alcohólica, síndrome de abstinencia, trastornos psicóticos y otros trastornos inducidos por el consumo de alcohol.

Evaluación clínica e instrumentos psicométricos como métodos para el diagnóstico.

Existencia de marcadores biológicos de consumo crónico excesivo de alcohol.

Tratamientos desintoxicación y deshabituación.

6. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor. 1992.

DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson. 2002.

Gual Solé A, Rubio Valladolid G, Santo-Domingo Carrasco J. Adicciones a sustancias químicas (I). Alcohol. En: Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C (eds.). Tratado de psiquiatría. Volumen I. Barcelona: Ars Médica. 2005:750-71.

Mariani JJ. Trastornos relacionados con el alcohol. En: Gabbard GO (ed.). Tratamientos de los trastornos psiquiátricos. Tomo I. Barcelona: Ars Médica. 2008:191-8.

Roncero Alonso C, Barral Picado C, Casas Brugué M. Alcohol y otras drogodependencias. En: Palomo T, Jiménez-Arriero MA (eds.). Manual de psiquiatría. Madrid: GSK. 2009:465-81.

7. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Gual Solé A, Guerri Sirera C, Rubio Valladolid G, Colom Farram J, Santo-Domingo Carrasco J, Segura L, et al. Trastornos adictivos específicos. Alcohol. En: Pérez de los Cobos Peris JC, Valderrama Zurián JC, Cervera Martínez G, Rubio Valladolid G (eds.). Tratado SET de trastornos adictivos. Tomo I. Madrid: Ed. Médica Panamericana. 2006:153-80.

Guardia Serecigni J, Jiménez-Arriero MA, Pascual Pastor P, Flórez Menéndez G, Contel Guillamont M. Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo. Barcelona: Socidrogalcohol. 2007.

Ponce Alfaro G, Jiménez-Arriero MA, Rubio Valladolid G. Abordaje farmacológico en la dependencia alcohólica. En: Especialización en alcoholismo. Madrid: Fundación Ayuda contra la Drogadicción. 2001.

Ponce G, Rodríguez Jiménez R, Aragües M, Bagney A, Camarasa J, Jiménez Arriero MA. Detección del síndrome de dependencia alcohólica. En: Adicciones. Aspectos clínicos y terapéuticos. Barcelona: Edikamed. 2007:74-83.



29. OTRAS ADICCIONES



Autores: Alfonso Pérez-Poza, Ignacio Álvarez Marrodan, María López-Acosta y Manuel Corbera Almajano.

Tutor: José Luis Día Sahún
Hospital Miguel Servet. Zaragoza





CONCEPTOS ESENCIALES

El consumo de drogas es un problema social, económico y de salud muy prevalente y persistente y cambiante en el tiempo.

Los tóxicos legales e ilegales producen síntomas físicos pero también psiquiátricos.

1. EPIDEMIOLOGÍA

A continuación se resume la evolución de la situación para cada una de las drogas y problemas más importantes en España:

-  **Tabaco:** es la droga más consumida. En 2005, en la población entre 15-64 años, la prevalencia de fumadores diarios fue del 37,0% en varones y del 28,6% en mujeres.
 - **Heroína:** en los últimos años ha disminuido de forma importante su consumo. Sin embargo, a partir de 2004 se ha notado un aumento de la prevalencia del consumo de heroína alguna vez en la vida en los estudiantes de 14-18 años, siendo del 1% en 2006.
 -  **Cannabis:** el consumo de cannabis está muy extendido. La prevalencia anual de consumo de esta droga en la población de 15-64 años fue del 11,2% en 2005.
 -  **Cocaína:** ea cocaína es en la actualidad la droga ilegal que genera un mayor volumen de problemas. La prevalencia anual de consumo en la población de 15-64 años fue del 3,0% en 2005.
 - **Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos:** en estudios del 2005 la prevalencia anual de consumo era de un 5,1% entre la población de 15-64 años, siendo más alta en las mujeres.
 - **Estimulantes tipo anfetaminas o éxtasis:** prevalencia de consumo menor que la de cocaína, aunque no se conocen exactamente las tendencias de consumo.
 - **Alucinógenos:** la prevalencia de consumo de estas sustancias es muy baja y todavía más bajos los problemas relacionados con el consumo. En la población de 15-64 años la prevalencia anual de consumo fue del 0,7% en 2005.
-  Las conclusiones más destacadas sobre la evolución del consumo y los problemas de drogas en España en los años más recientes según el informe del Observatorio Español sobre Drogas del 2007, son las siguientes:
- Ha descendido el consumo de tabaco, aunque sigue siendo alto.
 - Ha continuado disminuyendo el número de personas que se inyectan drogas.
 - Ha descendido lentamente la mortalidad directamente relacionada con drogas ilegales, aunque persiste un número elevado de muertes de este tipo.
 - En los pacientes que se inyectan drogas persisten altos niveles de infección por VIH y virus de la hepatitis, así como de conductas de riesgo sexuales y de inyección, aunque ha disminuido



el número de nuevos diagnósticos de VIH en esta población.

- Después de muchos años de descenso, puede haberse estabilizado el consumo de heroína, e incluso puede haber comenzado a ascender.
- Se está estabilizando o puede haber comenzado a descender el consumo de cocaína y cannabis, tras muchos años de aumento.

En cuanto a la comorbilidad entre trastornos psiquiátricos específicos y el consumo de sustancias, se muestra en la tabla 1 según datos del estudio ECA.

Tabla 1. Comorbilidad entre trastornos psiquiátricos específicos y consumo de sustancias.

Diagnóstico	Odds-ratio	Comorbilidad
Trastorno antisocial de la personalidad	29,6	83,6%
Trastorno bipolar tipo I	7,9	60,7%
Esquizofrenia	4,6	47%
Trastorno de angustia	2,9	35,8%
Trastornos afectivos	2,6	32%
Trastorno obsesivo-compulsivo	2,5	32,8%
Trastornos fóbicos	1,6	22,9%

2. ETIOPATOGENIA

- La ingesta aguda de drogas provoca un aumento de los niveles de dopamina (DA) extracelular, que puede relacionarse con el inicio del proceso adictivo.
- El consumo crónico causa una disminución de la función dopaminérgica, con desarrollo de cambios neuroadaptativos en las vías mesolímbicas y mesocorticales.
- En el córtex prefrontal, los cambios en la función dopaminérgica producen un desequilibrio entre los receptores D1 y D2, con un predominio de la inhibición.
- La inervación dopaminérgica de la amígdala y su interacción con el núcleo accumbens, juega un papel esencial en el condicionamiento de estímulos ambientales, capaces de desencadenar el deseo de consumo y la recaída.

- La implicación del sistema dopaminérgico es crucial en el desarrollo de la adicción, desde las primeras fases, en que el consumo de droga empieza como una conducta instrumental dirigida a un objetivo, hasta la consolidación de la adicción como hábito compulsivo, controlado por mecanismos estímulo-respuesta.

Conceptos importantes:


- Tolerancia: proceso farmacológico por el cual la administración repetida de una dosis determinada de una sustancia produce un menor efecto o bien exige la administración de dosis cada vez mayores para alcanzar el efecto obtenido con la dosis original.
- Abstinencia: síndrome específico de una sustancia que ocurre tras suspender o reducir la cantidad de la misma utilizada de forma regular durante un periodo largo.
- Intoxicación: síndrome reversible causado por una sustancia que afecta las funciones mentales siguientes: memoria, orientación, estado de ánimo y conducta.
- *Craving*: deseo compulsivo e irrefrenable de consumo que presentan los pacientes usuarios de drogas cuando se ha desarrollado dependencia, que puede ser condicionado por estímulos externos.
- Dependencia: conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en las cuales el consumo adquiere la máxima prioridad.

3. CLÍNICA


- Tabaco: produce efectos eufóricos y sedativos en función de la dosis.
 - Síndrome de abstinencia: puede durar varias semanas y se caracteriza por irritación, ansiedad, inquietud, dificultad para concentrarse, bradicardia y aumento de peso.
- Cannabis: la intoxicación por cannabis se inicia con una sensación de bienestar, que es máxima a los 10-30 minutos, y dura 2-4 h. La afectación motora y cognitiva puede prolongarse 5-12 h. Los síntomas consisten en euforia, susceptibilidad, ansiedad, risas inadecuadas, distorsión del

tiempo, retraimiento social, alteración del juicio, de la memoria y de la concentración, síntomas de despersonalización, alucinaciones e ideación paranoide transitoria. A nivel fisiológico produce inyección conjuntival, sequedad de boca, aumento del apetito, temblor fino, taquicardia e hipertermia.


– Síndrome de abstinencia: puede durar hasta dos semanas, siendo su máxima intensidad entre el 2º y el 6º día. Se caracteriza por disforia, inquietud, ansiedad, temblor, náuseas, abdominalgia, sudoración, anorexia e insomnio.

■  Opiáceos: la intoxicación cursa con depresión respiratoria, somnolencia, bradicardia, analgesia, depresión del SNC, hipotensión, habla entrecortada, náuseas y vómitos. En cuanto a los síntomas subjetivos aparece euforia, tranquilidad, adormecimiento, disminución de la memoria, retraso psicomotor y disminución de la atención.

– Síndrome de abstinencia: comienza a las 4-8 h y es máximo durante el 2º y 3º día. El cuadro clínico se caracteriza por bostezos, sudoración, lagrimeo, rinorrea, midriasis, insomnio, mialgias, piloerección, temblor, distonía, inquietud, irritabilidad, sofocos, diarrea, náuseas y vómitos.


■  Cocaína: el consumo puede producir euforia, ansiedad, locuacidad, habla apremiante, agresividad, mayor sensación de vigilancia, ideación paranoide, aumento de la actividad sexual, grandiosidad e hiperactividad. Los signos somáticos son taquicardia, hipertensión, midriasis, escalofríos, anorexia, insomnio y movimientos estereotipados. El consumo de cocaína se ha asociado a muerte súbita.

– Síndrome de abstinencia: produce fatiga, irritabilidad, disforia, letargia, ansiedad, *craving* y sentimientos de impotencia, desesperación e inutilidad.

■  Anfetaminas: el consumo de amfetaminas produce aumento de la actividad cognitiva, hiperactividad, reducción del sueño y de la fatiga, crisis de ansiedad, sintomatología paranoide y otros síntomas psicóticos. A nivel somático produce midriasis, taquicardia, hipertensión, sudoración, escalofríos, náuseas y vómitos.

– Síndrome de abstinencia: similar al producido por la cocaína.

– Las drogas de diseño (éxtasis) producen hipertermia, bruxismo, alteraciones cardiovasculares, arritmias, asistolias, colapso vascular y alteraciones iónicas. Puede aparecer sintomatología psicótica de tipo paranoide.

■  Hipnosedantes: intoxicación similar a la etílica, con alteraciones cognitivas y motoras, incoordinación motora, ataxia, lenguaje farfullante, labilidad emocional y agresividad.

– La abstinencia provoca la reaparición de los síntomas originales de ansiedad.

■ Alucinógenos: el consumo de estas sustancias produce vértigo, somnolencia, debilidad muscular, temblor, parestesias, midriasis, palpitaciones, sudoración y falta de coordinación. Puede producir alteraciones y cambios comportamentales (ansiedad, depresión, ideas de referencia, ideación paranoide).

■ Cafeína/xantina: la intoxicación se caracteriza por inquietud, nerviosismo, excitación, insomnio, rubefacción facial, alteraciones gastrointestinales, flujo incoherente del pensamiento y del habla, arritmias, periodos con un estado inagotable y agitación psicomotora.

– La abstinencia se caracteriza por cefalea que dura 4-5 días.

■ Inhalantes: son hidrocarburos volátiles que se inhalan por sus efectos psicótropos e incluyen gasolina, querosenos, disolventes, aerosoles, pinturas, pegamentos y anestésicos. Los síntomas de la intoxicación consisten en ataxia, confusión desorientación, mareos, habla entrecortada, hiporreflexia y nistagmo. Los efectos psicológicos consisten en una ligera euforia, agresividad, alteración del juicio e impulsividad.

4. DIAGNÓSTICO

En la evaluación de las adicciones se recomienda una revisión minuciosa de los antecedentes médicos, psiquiátricos y de abuso de sustancias, examen físico y mental y obtención de otras fuentes de información colaterales. Debe realizarse también una valoración del estado físico del paciente mediante pruebas de laboratorio. En los casos de sobredosis o intoxicación se recomiendan detección de tóxicos (*screening* en orina y posterior cuantificación de ni-



veles en sangre).

➔ Existe una serie de criterios diagnósticos para los principales trastornos relacionados con el consumo de sustancias establecidos en el DSM-IV-TR y CIE-10, si bien encontramos variaciones en la necesidad de cumplir todos los criterios en algunas sustancias. Los principales trastornos se clasifican en: intoxicación por sustancias, dependencia/abuso de sustancias y abstinencia a sustancias.

5. POBLACIONES ESPECIALES

5.1. MUJERES

- El consumo de medicamentos prescritos es mayor que en los hombres. El consumo se inicia a edades más tardías, el abuso es más rápido y consumen menos cantidad que los hombres.
- Tienen mayor morbilidad médica secundaria, así como la comorbilidad con trastorno de angustia, ansiedad, estado anímico y TCA. Excepto el trastorno antisocial de personalidad y el TDAH, las mujeres presentan un mayor grado de comorbilidad.
- Es importante la valoración de las mujeres en edad de procrear, así como su seguimiento y asistencia durante el embarazo.
- Están poco representadas en los programas terapéuticos.

5.2. NIÑOS Y ADOLESCENTES

- La prevalencia en este grupo está aumentando, disminuyendo la edad del primer consumo y aumentando la morbimortalidad, por lo que se recomienda aumentar las estrategias de prevención en este grupo poblacional.
- El abuso de sustancias puede interferir en el crecimiento, relaciones con sus iguales, el rendimiento escolar y la actitud ante la autoridad, constituyendo además el principal factor de riesgo de suicidio en adolescentes.
- Entre los síntomas utilizados para la detección precoz encontramos: bajo rendimiento escolar, irritabilidad, apatía, fluctuaciones anímicas, escaso cuidado personal, pérdida de peso y cambios frecuentes de amigos.

- En el tratamiento es muy importante el papel de la familia. Las intervenciones se basan fundamentalmente en los grupos de apoyo con iguales, la terapia de familia, la escuela y la psicoeducación.
- El tratamiento con metilfenidato en adolescentes con TDAH disminuye el riesgo de desarrollar patrones de abuso de sustancias.

5.3. POBLACIÓN ANCIANA

- La detección en este grupo es difícil, siendo lo más frecuente mujeres con abuso de la medicación prescrita, sobre todo benzodiazepinas e hipnóticos.
- Con frecuencia se producen complicaciones por las interacciones farmacológicas.

5.4. PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE (PATOLOGÍA DUAL)

La presencia de comorbilidad psiquiátrica afecta a la gravedad y cronicidad.

6. TRATAMIENTO

El tratamiento de desintoxicación puede realizarse en diferentes contextos terapéuticos:

- ➔ Hospitalario: en pacientes con problemas médicos y psiquiátricos importantes y para sus complicaciones, síntomas graves de abstinencia, delirium o convulsiones, cuando el tratamiento ambulatorio, la familia o amigos no pueden proporcionar una red de apoyo social adecuada para la abstinencia o en poliadicciones.
- ➔ Ambulatorio: cuando el paciente tiene elevada motivación y apoyo social adecuado y no hay antecedentes de complicaciones en el síndrome de abstinencia; también si consumo reciente moderado, no antecedentes de trastornos psiquiátricos o médicos graves ni poliadicción, y cuando hay antecedentes de buenos resultados en desintoxicaciones previas ambulatorias.

Además el tratamiento de deshabitación también puede realizarse en régimen ambulatorio o de internamiento en comunidades terapéuticas.

6.1. PAUTAS FARMACOLÓGICAS

6.1.1. Opiáceos

■ Intoxicación aguda:

- Si existe riesgo vital deben seguirse los protocolos establecidos.
- Medidas específicas: antagonistas opiáceos como la naloxona (ampollas de 1 ml que contienen 0,4 mg de clorhidrato de naloxona), preferiblemente “bolos” IV de 1 ampolla que pueden repetirse cada 3-4 min hasta la recuperación de la conciencia y la función respiratoria (máximo 3-4 amp.). El efecto farmacológico de la naloxona es inferior al de la heroína por lo que conviene mantener una perfusión continua (2 amp. en 500 ml de SF) por lo menos 6 horas o repetir dosis im. o sc. cada 2 horas. Si la intoxicación es por metadona la perfusión debe mantenerse durante 24h.
- Valorar la indicación de ingreso psiquiátrico (finalidad autolítica).

■ Dependencia: se utilizan antagonistas opiáceos como naltrexona, o agonistas como metadona, levacetilmetadol (LAAM) o buprenorfina.

- Naltrexona: semivida de 48-72 h. Antes de iniciar el tratamiento debe garantizarse la ausencia de dependencia física, mediante la administración subcutánea de 0,8 mg (2 amp) de naloxona (prueba de la naloxona). Si esta prueba no desencadena síntomas de abstinencia se debe administrar una dosis de 25 mg de naltrexona y mantener al paciente en observación. A partir del segundo día se administran 50 mg/día en dosis única. Tras una semana puede administrarse 100 mg los lunes y miércoles y 150 mg los viernes (350 mg/semana). Contraindicada en el embarazo y en la insuficiencia hepática y hepatitis aguda.
- Metadona: en pacientes que no son capaces de mantener la abstinencia. Evita la aparición de síntomas de abstinencia, reduce el *craving* y atenúa los efectos euforizantes de una posible administración de heroína. Administración en una única toma diaria por vía oral. Se recomienda iniciar el tratamiento con una dosis máxima de 20-40 mg/día e incrementarla progresivamente hasta la dosis eficaz (80-120 mg/día) en un plazo de 2-3 semanas. El mantenimiento debe prolongarse un mínimo

de 2-4 años y luego reducirse lentamente. El embarazo es una indicación específica de tratamiento de mantenimiento con metadona.

- LAAM: derivado de la metadona que se comporta de forma similar en la supresión del síndrome de abstinencia, aunque su duración es más prolongada. Se administra 3 veces/semana vo. en dosis inicial de 20-30 mg/día que debe aumentarse hasta 80 mg/48 h o 120 mg/72 h. Las ventajas son el menor número de tomas y menor riesgo de desvío al mercado ilegal. Desventajas: necesita 2-3 semanas para alcanzar la dosis terapéutica eficaz y riesgo de toxicidad que conllevaría el consumo de otras sustancias.
- Buprenorfina: agonista opiáceos parcial con actividad agonista-antagonista sobre receptores morfínicos. Dosis inicial de 2 mg sublingual. Mantenimiento 4-16 mg/día. Contraindicado en insuficiencia hepática grave.
- Pautas de desintoxicación rápida/ultrarrápida: se basan en la capacidad de la naltrexona de desencadenar un síndrome de abstinencia a los opiáceos (SAO) inmediato e intenso cuando se administra a un individuo dependiente, que debe frenarse con clonidina, con lo que las manifestaciones de abstinencia son menores. Se añaden otros tratamientos sintomáticos: diazepam o antieméticos. En la ultrarrápida (24h) debe mantenerse bajo un nivel importante de sedación.

■ Síndrome de abstinencia:

- Sustituir el opiáceo de semivida corta por otro antagonista opiáceo de semivida más larga como metadona (20-40 mg/día 2-3 días y se disminuye a 5-10 mg/día hasta su supresión a los 10-15 días) o dextropropixofeno (<1.350 mg/día, con disminución progresiva para evitar convulsiones y alucinaciones visuales).
- Administrar un agonista alfa2-adrenérgico como clonidina, que a dosis 0,6-2 mg/día reduce síntomas noradrenérgicos de la abstinencia. Contraindicada cuando ha seguido tratamiento con antidepresivos tricíclicos durante las 3 semanas previas, embarazo, antecedentes de psicosis o arritmias cardíacas.
- Administrar de forma combinada clonidina y metadona.



6.1.2. Cannabinoides

- Intoxicación aguda: es infrecuente que requiera ser tratada. Si aparece ansiedad se usan benzodiazepinas.
- Dependencia y síndrome de abstinencia: no existen recomendaciones terapéuticas específicas.

6.1.3. Sedantes e hipnóticos

- Intoxicación aguda: medidas de soporte habituales y administración de antagonistas de las benzodiazepinas como flumazenilo en dosis de 0,3 mg iv., en perfusión lenta (30-60 seg). Si no existe mejoría debe repetirse la dosis cada minuto hasta que se recupere el nivel de conciencia. La dosis máxima es de 2 mg.
- Dependencia: lenta reducción del fármaco (no más de 10-20% cada 2 semanas) ambulatoriamente. En caso de ingresos hospitalarios, pauta decreciente con fenobarbital o diazepam.
- Síndrome de de abstinencia: tratamientos sustitutos, en especial con diazepam y clometiazol hasta estabilización clínica y reducción posterior de dosis en 3 semanas. También se utilizan la carbamazepina, buspirona y algunos antiepilépticos de reciente aparición.

6.1.4. Estimulantes

- Intoxicación aguda: tratamiento con benzodiazepinas. Los antipsicóticos pueden producir efectos extrapiramidales por la hipersensibilidad de los receptores dopaminérgicos. Está contraindicado el uso de fisostigmina.
- Dependencia y síndrome de abstinencia: no existen tratamientos específicos.

6.1.5. Alucinógenos

- Intoxicación aguda: la ansiedad aguda y los ataques de pánico suelen ceder si se aprovecha la sugestionabilidad. Las benzodiazepinas son de primera elección. También se usan antipsicóticos a dosis bajas. Los *flashbacks* no tienen tratamiento específico.
- Dependencia y síndrome de abstinencia: no hay tratamiento específico.

6.1.6. Drogas de síntesis

- Intoxicación aguda: benzodiazepinas y/o antipsicóticos, según la sintomatología. Si existen complicaciones orgánicas deben tratarse según pautas habituales.
- Dependencia y síndrome de abstinencia: tratamientos sintomáticos, no tratamiento específico.

6.1.7. Nicotina

- Dependencia: parche, chicle, inhalador de nicotina, clonidina, bupropion o varenciclina.

6.2. PSICOTERAPIAS

Según el modelo transteórico de Prochaska y Di-Clemente, cualquier modificación de la conducta comporta un recorrido que va desde la total falta de conciencia sobre la necesidad de cambiar hasta la consolidación del cambio a través de unos estadios sucesivos:

- Precontemplación.
- Contemplación.
- Preparación.
- Acción.
- Mantenimiento.
- Terminación.
- Recaída.

Para cada uno de estos niveles de cambio, se recomienda un tipo de abordaje.

Es tarea del terapeuta que la balanza de decisiones se decante a favor del cambio. Los estilos terapéuticos de confrontación tienden a producir altos niveles de resistencia en el paciente, mientras que los más empáticos están asociados con poca resistencia y mayor probabilidad a largo plazo. Miller propone un tipo de intervención denominada entrevista motivacional, basada en cinco principios clínicos: expresar empatía, crear una discrepancia, evitar la discusión, darle un giro a la resistencia y fomentar la autoeficacia.

6.2.1. Tratamiento cognitivo-conductual

- Contrato conductual (para especificar los objetivos terapéuticos).

- Entrenamiento en control de estímulos.
- Técnicas de exposición: tras una abstinencia entre 1 y 3 meses, constatándola con una analítica de orina. Las sesiones iniciales se realizan en un ambiente controlado. Se recomienda sesiones de unos 45 minutos, finalizando con una técnica de relajación. También puede utilizarse la sensibilización encubierta.
- Modificación del estilo de vida (interviniendo sobre la conducta de búsqueda de drogas con programas de actividades, habilidades sociales y solución de problemas).
- Técnicas de reestructuración cognitiva: modificar las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas que median en su proceso de recuperación.

6.2.2. Psicoterapia de grupo

La terapia de grupo se contempla en la actualidad como terapéutica de elección porque ofrece a sus miembros la oportunidad de acelerar el proceso terapéutico mediante la identificación recíproca, la aceptación del papel de los modelos, la confrontación de actitudes y defensas similares en los otros, la presión positiva para mantener la abstinencia, el apoyo social, el establecimiento de límites, el aprendizaje didáctico y vivencial, cohesión, transmisión de esperanza y la adquisición de habilidades de solución de problemas. Existen varios tipos: autoayuda, psicodinámica, cognitivo-conductual.

6.2.3. Intervención familiar/sistémica

Es fundamental comprometer a la familia. Resulta útil el trabajo de entrenamiento en comunicación, en solución de problemas y las escuelas de padres. En adolescentes se utiliza sobre todo la terapia familiar comportamental.

6.2.4. Prevención de recaídas

Programa de autocontrol diseñado para ayudar a los individuos a anticipar y afrontar los problemas de recaída en el proceso de cambio. Combina los procedimientos conductuales de entrenamiento en habilidades, la terapia cognitiva y el reequilibrio del estilo de vida. La recaída se percibe como un proceso transitorio, entendida como una oportunidad para que se produzca un nuevo aprendizaje. El individuo experimenta una sensación de control mientras se mantiene abstinentes, que continuará hasta que la persona se encuentre en una situación de alto riesgo, siendo las más frecuentes: estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y presión social. Si un individuo puede realizar una respuesta de afrontamiento eficaz en estas situaciones, la probabilidad de recaída disminuye, aumentando la percepción de autoeficacia.

6.2.5. En los pacientes con patología dual se recomienda

- Estabilizar los síntomas agudos psiquiátricos o de abuso de sustancias como paso previo al proceso rehabilitador.
- Si existe psicosis o ideación suicida es necesario priorizar el tratamiento psiquiátrico.
- Tratar de forma eficaz los dos trastornos, con un plan terapéutico integrador, recomendándose un solo terapeuta para ambos, o una comunicación frecuente entre terapeutas, para evitar una posible “manipulación” por parte de los pacientes.
- El tratamiento debe tener una frecuencia de 2-3 veces/semana en pacientes ambulatorios. Debe tenerse en cuenta que el tratamiento residencial u hospitalario facilita la reinserción.
- Las técnicas de confrontación y autoexposición en ocasiones agravan los síntomas psiquiátricos. Tampoco son eficaces la terapia de consejo o grupos de autoayuda.



RECOMENDACIONES CLAVE

El tratamiento de las adicciones requiere un abordaje a varios niveles:

- Social/somático/psiquiátrico.
- Psicoterapéutico y psicofarmacológico.

7. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Sadock BJ, Sadock VJ, Kaplan & Sadock. Manual de bolsillo de psiquiatría clínica. 4ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer Health España. 2008.

Bobes J, Casas M, Gutiérrez M. Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias. Barcelona: Psiquiatría Editores. 2003.

Lorenzo P, Ladero JL, Leza JC, Lizasoain I. Drogodependencias: Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. 2ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2003.

Mack AH, Franklin JE, Frances RJ. Guía: Tratamiento del alcoholismo y las adicciones. Barcelona: Masson. 2003.

Soler-Insa PA, Gascón-Barrachina J. RTM-II. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Barcelona: Masson. 1999.

8. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

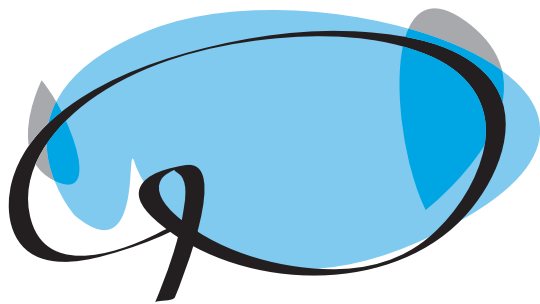
Plan Nacional sobre Drogas (PND). Observatorio Español sobre Drogas. Informe 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/pnd>

Palomo T, Jiménez-Arriero M. Manual de psiquiatría. Madrid: Grupo Ene Publicidad S.A. 2009.

Rubio G, López-Muñoz F, Álamo C, Santo-Domingo J. Trastorno psiquiátrico y abuso de sustancias. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2002.

Solomon J, Zimberg S, Shollar E. Diagnóstico dual. Barcelona: Ediciones en neurociencias. 1996.

Rodríguez-Sacristán J, Aguilar-Zambrana E. El niño y el mundo de las drogas. Sevilla: Universidad de Sevilla. 1998.



MÓDULO 2.
Clínica psiquiátrica



Trastornos
psicóticos





30. TRASTORNOS PSICÓTICOS: ESQUIZOFRENIA



Autores: Fernando Morrás, Virginia Basterra y Estibaliz Martínez de Zabarte
Tutora: María Zandio Zorrilla
Hospital Virgen del Camino, Pamplona. Navarra

CONCEPTOS ESENCIALES

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que produce una elevada discapacidad e intenso distress en los individuos afectados y sus familias.

La esquizofrenia es una enfermedad multicausal: múltiples factores etiológicos genéticos y ambientales.

La esquizofrenia es una enfermedad genéticamente compleja: se han identificado múltiples genes candidatos y el riesgo a padecer el trastorno es mayor cuanto mayor es el número de genes compartidos.

La esquizofrenia se manifiesta con una gran variedad y riqueza en la expresividad sintomatológica. Esto conlleva que haya sido definida de forma politética, es decir, de acuerdo a sus múltiples características. Esta definición ha precisado de la aplicación de métodos clasificatorios o nosotáxicos complejos que han generado frecuentes revisiones y cambios.

1. EPIDEMIOLOGÍA

La esquizofrenia, del griego *schizein* (hender, partir) y *phren* (mente), mente escindida, representa uno de los trastornos psiquiátricos más graves, caracterizado por un curso crónico (tabla 1).

néticos y ambientales que interaccionan entre sí (interacciones gen-gen y gen-ambiente) desde fases muy precoces del desarrollo cerebral dando lugar posteriormente, durante la adolescencia o inicio de la edad adulta, a diferentes manifestaciones sindrómicas que configuran el diagnóstico de esquizofrenia (figura 1).

2. ETIOPATOGENIA

La esquizofrenia, como la mayoría de los trastornos psiquiátricos, es una enfermedad genéticamente compleja en las que participan diversos factores ge-

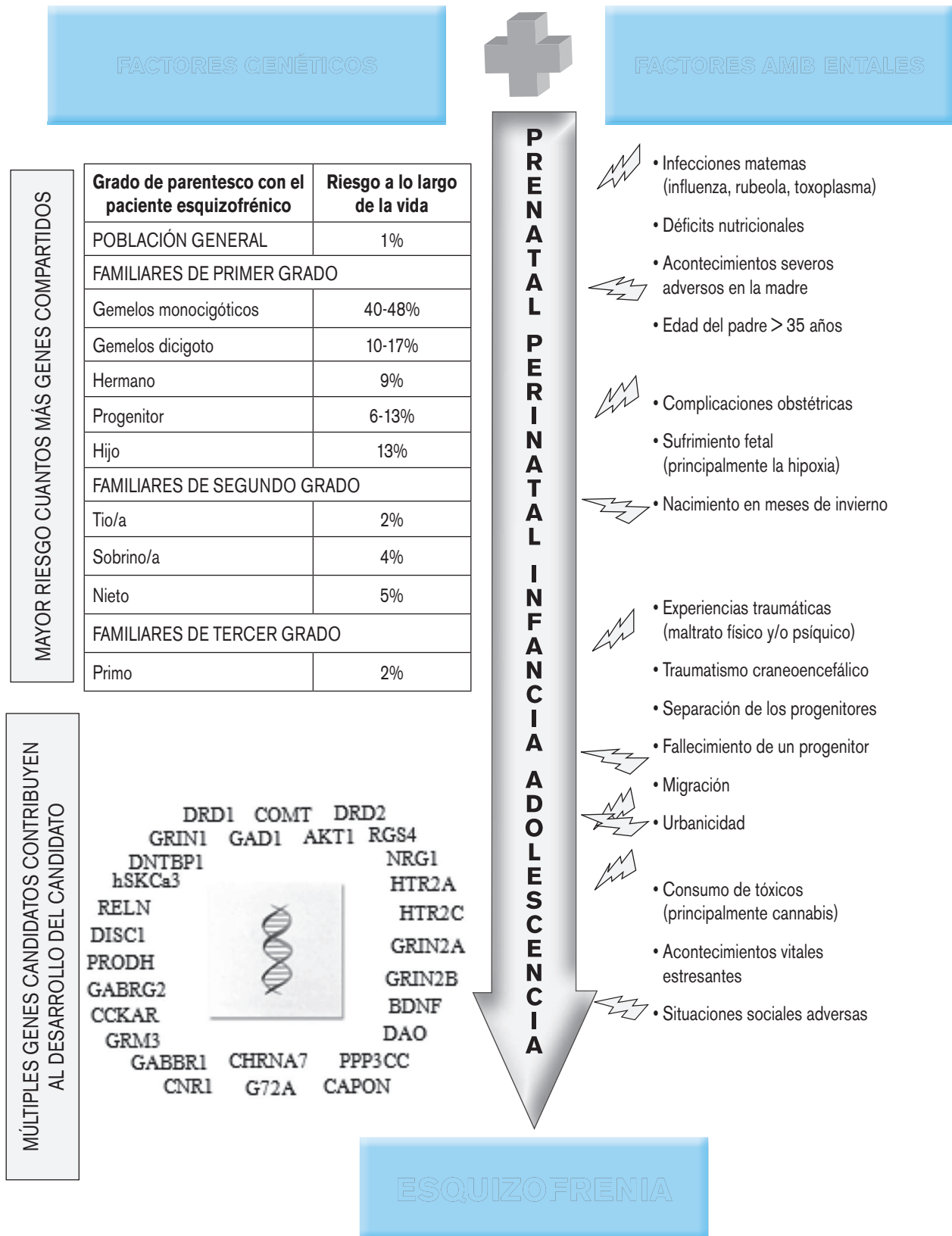
De los diferentes factores de riesgo implicados en el desarrollo de este trastorno psicótico el más importante es el factor genético (a pesar de que hasta 2/3 de los casos incidentes son esporádicos); siendo el riesgo más elevado cuanto mayor es el número de

Tabla 1. Características epidemiológicas de la esquizofrenia

Incidencia anual	15/100.000 habitantes.
Prevalencia	4,5/1.000 habitantes.
Riesgo acumulado a lo largo de la vida	0,7/100 habitantes.
Diferencias según género	Más frecuente en hombres (1,4:1) y con una edad de inicio más precoz.



Figura 1. Etiología de la esquizofrenia.



La esquizofrenia es una enfermedad genéticamente compleja en la que participan diversos factores genéticos y ambientales que interactúan entre sí a lo largo de las distintas fases del desarrollo cerebral dando lugar, durante la adolescencia o inicio de la edad adulta, a las diferentes manifestaciones sindrómicas de la esquizofrenia.

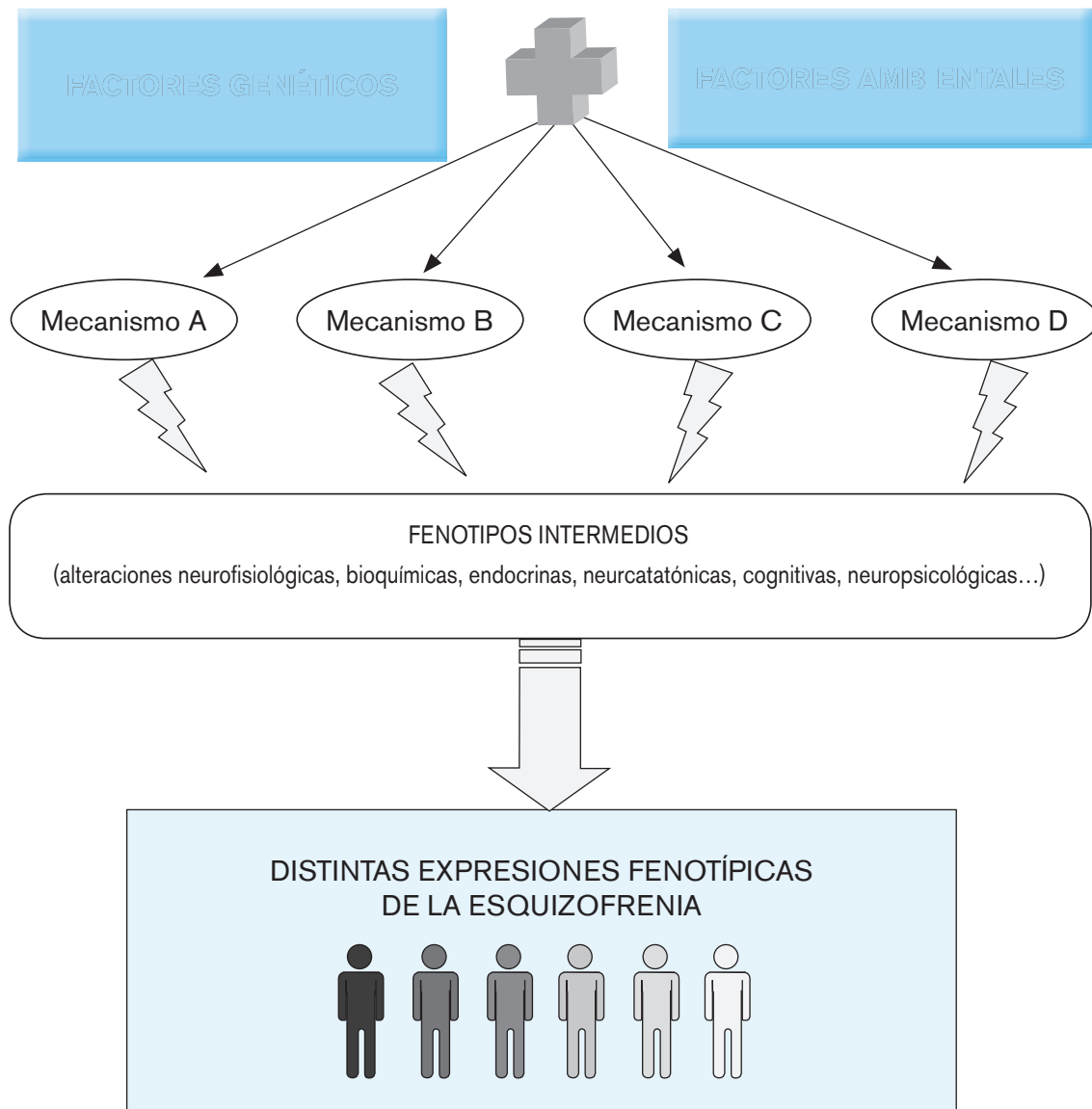
genes compartidos –mayor grado de parentesco con una persona afectada. Sin embargo, no existe un único gen que sea necesario ni suficiente para el desarrollo de la enfermedad y son un amplio número de genes candidatos los que contribuyen al desarrollo del trastorno.

Entre los factores de riesgo ambientales reconocidos en la literatura encontramos factores relacionados con el desarrollo prenatal del sistema nervioso central, acontecimientos traumáticos tempranos, estresantes psicosociales, exposición a drogas...

Por tanto, la esquizofrenia es una enfermedad multicausal (con múltiples factores etiológicos tanto genéticos como ambientales) que a través de diversos mecanismos producen alteraciones neurofisiológicas, bioquímicas, neuroanatómicas, cognitivas o psicológicas... que darán lugar a diferentes manifestaciones sindrómicas las cuales, a su vez, configuran distintos grupos fenotípicos en el diagnóstico de esquizofrenia (figura 2).

En la actualidad las alteraciones neurofisiológicas, bioquímicas, neuroanatómicas, cognitivas o psico-

Figura 2. Etiología de la esquizofrenia. Se trata de una enfermedad multicausal que a través de diferentes mecanismos produce alteraciones neurofisiológicas, bioquímicas, endocrinas, neuroanatómicas, cognitivas, neuropsicológicas (fenotipos intermedios) que dan lugar a distintas expresiones fenotípicas de la esquizofrenia.





lógicas que se producen en la esquizofrenia son consideradas fenotipos intermedios, ya que representan un punto intermedio entre la enfermedad y su genotipo más distal. Desde el punto de vista de la investigación los fenotipos intermedios representan un tema de alto interés para el estudio de la etiología de la enfermedad. Los fenotipos intermedios se caracterizan por: a) estar asociados con la enfermedad en la población general, b) ser heredables, c) ser independientes de la fase de la enfermedad, d) co-segregar con la enfermedad dentro de una familia, e) presentar unas tasas mayores en los familiares sanos de los pacientes que en la población general.

3. CLÍNICA

En la discusión sobre los signos y síntomas de la esquizofrenia se plantean cuestiones clave:

- No existen síntomas ni signos clínicos patognomónicos de esquizofrenia.
- No existen marcadores biológicos.
- Los síntomas de los pacientes varían con el tiempo.
- Es importante tener en cuenta el nivel educacional, la capacidad intelectual y los aspectos culturales.

Dicho esto, pasaremos a enumerar los signos y síntomas que pueden presentarse en la esquizofrenia:

- Alteraciones sensorio-perceptivas: principalmente alucinaciones auditivas, visuales, cenestésicas, gustativas, olfatorias.
- Alteraciones del pensamiento:
 - Del contenido: delirios, pobreza.
 - De la forma: circunstancialidad, tangencialidad, asociaciones laxas, incoherencia, ecolalia, bloqueos, perseveraciones.
- Alteraciones motoras: estereotipias, manierismos, ecopraxia, obediencia automática, flexibilidad cética, mutismo, negativismo.
- Alteraciones de la conducta: apatía, anergia, abulia, conducta desorganizada, actos inmotivados, auto/heteroagresividad.
- Alteraciones cognitivas: déficit atencional, déficit de la memoria de trabajo, alteraciones

de las funciones ejecutivas de planificación y abstracción.

- Alteraciones afectivas: embotamiento afectivo, afecto inapropiado, alteraciones del humor (manía/depresión).

4. DIAGNÓSTICO

Ante la ausencia de marcadores biológicos para el diagnóstico y clasificación de la esquizofrenia, la psicopatología descriptiva continúa siendo la base para el diagnóstico. El estudio de la fenomenología y la nosología trata de identificar los métodos para clasificar enfermedades que puedan tener mecanismos psicopatológicos y etiológicos comunes, sin embargo todavía existen controversias.

Mientras que la descripción de los síntomas y signos de la esquizofrenia apenas ha experimentado cambios a lo largo de los últimos 100 años, la forma en que los autores han estructurado las manifestaciones fenomenológicas ha sido muy diferente. Por lo que a lo largo de este tiempo se han propuesto varios modelos clínicos: históricos (Schneider, Bleuler, Kraepelin, etc), modelo positivo/negativo, modelos atóricos clasificatorios (CIE 10/DSM IV), modelos multidimensionales (tablas 2 a 6).

Características generales de un modelo clínico:

- Constructo teórico de síntomas. Debería postular una hipótesis sobre cómo surgen los síntomas.
- Las hipótesis del modelo deben estar claramente formuladas.
- Debería tener un valor heurístico (debería servir para organizar la información y reducir la incertidumbre).
- Debería tener un valor predictivo.

Modelo DSM IV y CIE 10: son los modelos más influyentes en la actualidad, tanto en clínica como en investigación. Su objetivo es conseguir una mayor fiabilidad diagnóstica con criterios clínicos consensuados atóricos.

Modelos multidimensionales: el concepto de esquizofrenia positiva/esquizofrenia negativa permitió el

Tabla 2. Modelos históricos de la esquizofrenia

	SCHNEIDER	BLEULER	KRAEPELIN
Síndrome	Piscótico.	Desorganizado.	Negativo.
Síntomas	Alucinaciones y delirios (síntomas de primer rango).	Alteraciones formales del pensamiento. Afecto inapropiado. Comportamiento bizarro.	Aplanamiento afectivo. Alogia. Abulia.

Tabla 3. Modelo de síntomas positivos y negativos

	POSITIVOS	NEGATIVOS
Concepto	De "novo", no presentes en la experiencia normal.	Pérdida de una función psicológica normal.
Sinónimos	Productivos, "psicóticos/activos".	Deficitarios, residuales.
Características	De curso breve, agudo. Fáciles de identificar y valorar.	Crónicos, estables en el tiempo. Difíciles de valorar.
Escalas	BPRS, PSE, SADS...	PANSS, SANS, NSA-16...
Ejemplo	Alucinaciones, delirios.	Pobreza de pensamiento.

Tabla 4. Criterios diagnósticos CIE 10

Criterios diagnósticos para esquizofrenia de la CIE 10:
<ul style="list-style-type: none"> ■ Al menos 1 de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> – Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento. – Ideas delirantes de ser controlado, percepciones delirantes. – Alucinaciones auditivas en tercera persona, comentadoras de la actividad. – Ideas delirantes persistentes imposibles (capacidades especiales...). ■ Al menos 2 de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> – Alucinaciones persistentes en cualquier modalidad +/- ideas delirantes o sobrevaloradas. – Trastornos del pensamiento (neologismos, bloqueos, incoherencia, lenguaje circunstancial). – Conducta catatónica (excitación, posturas, flexibilidad ceréa, negativismo, mutismo, estupor). ■ A o B durante 1 mes. ■ Excluyendo causa orgánica, consumo de tóxicos o cuadro afectivo.

desarrollo de escalas de medida y posteriormente, el estudio de sus propiedades psicométricas, dando lugar a un importante cambio del paradigma categorial al dimensional. Existen modelos con diferente número de dimensiones, predominando tres de ellas (tabla 6): psicosis, negativa y desorganización.

Los modelos categorial y dimensional en la esquizofrenia no deberían ser considerados como antagonistas sino como complementarios. No podemos

prescindir del categorial, pues los diagnósticos categoriales son necesarios para delimitar el concepto y para enfocar el tratamiento y el área de investigación. Una vez que el diagnóstico categorial se ha establecido, la aproximación dimensional se puede utilizar tanto en la práctica clínica como en investigación.

↑ Uno de los aspectos fundamentales en el abordaje de los pacientes que padecen esquizofrenia, es la realización de una adecuada evaluación durante



Tabla 5: Criterios diagnósticos DSM IV

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA ESQUIZOFRENIA DE LA DSM IV:
<ul style="list-style-type: none"> ■ Al menos 2 de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> – Ideas delirantes, percepciones delirantes. – Alucinaciones. – Discurso desorganizado. – Conducta desorganizada o catatónica. – Síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alogia o abulia). ■ Disfunción social/ocupacional (rendimiento laboral, relaciones interpersonales, autocuidado...). ■ Persistencia de los síntomas durante 6 meses. De éstos 6 meses, al menos 1 mes deben existir criterios A (menos si se tratan con éxito). ■ Excluyendo causa orgánica, consumo de tóxicos o cuadro afectivo.

Tabla 6. Modelo dimensional en psicopatología

VENTAJAS	INCONVENIENTES
Visión integral de la psicopatología.	Necesidad de integrar gran cantidad de información.
Las dimensiones son complementarias.	Mayor cantidad de error estadístico tipo I.
Más realista que las categorías.	Falta de instrumentos de medida adecuados.
Capturan mucha más información que las categorías.	Más adecuado para investigación que para la práctica clínica.
Los casos atípicos se tienen en cuenta.	

la entrevista clínica (tabla 7). Se debe realizar una exploración psicopatológica completa y una recogida exhaustiva de información para la historia clínica.

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

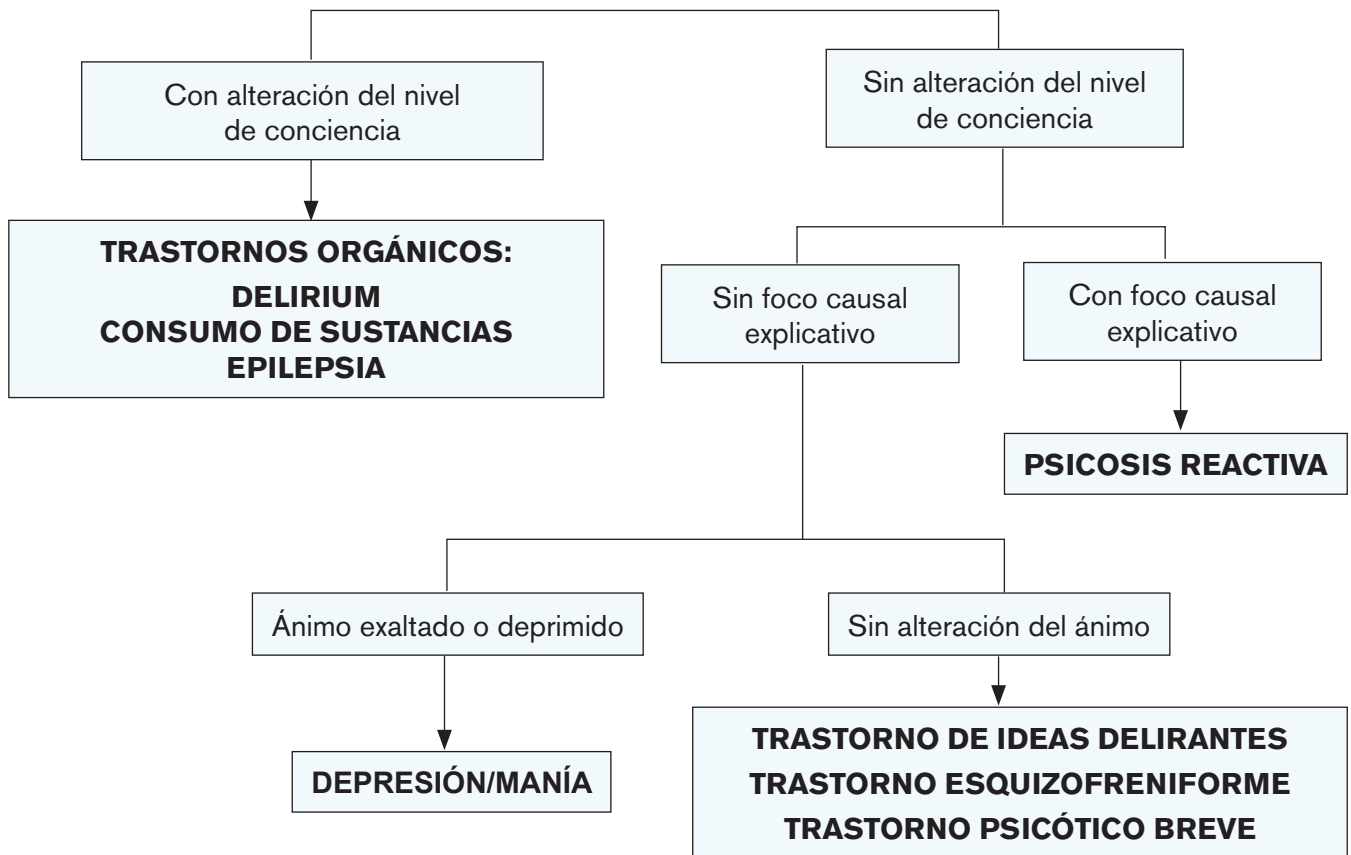
Debemos realizar un diagnóstico diferencial con una serie de trastornos mentales (figura 3), algunos de los cuales comentamos a continuación:

- Delirium: se deben realizar la historia clínica, pruebas físicas y de laboratorio.
- Consumo de sustancias: se deben realizar la historia clínica, pruebas físicas y de laboratorio.
- Trastorno de ánimo con síntomas psicóticos: Los síntomas psicóticos se producen sólo durante los periodos de alteración del estado de ánimo.
- Trastorno de ideas delirantes persistentes: no existe componente alucinatorio/ desorganizado o lo hacen de forma puntual y larvada.
- Trastorno esquizofreniforme: duración mayor de un mes y menor de seis meses.

Tabla 7. Evaluación del paciente con sospecha de esquizofrenia

Evaluar los síntomas del paciente, teniendo en cuenta los criterios clínicos para el diagnóstico de esquizofrenia.
Evaluar el estado clínico: riesgo de auto y heteroagresión, capacidad de autocuidado.
Evaluar la presencia de trastornos mentales comórbidos (principalmente consumo de sustancias).
Evaluar los antecedentes psiquiátricos, médicos, psicosociales y familiares.

Figura 3. Algoritmo del diagnóstico diferencial del síndrome psicótico



- Trastorno psicótico breve: duración mayor de un día y menos de un mes.

6. POBLACIONES ESPECIALES

6.1. ESQUIZOFRENIA DE INICIO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Se ha determinado una prevalencia en población general menor de 18 años de alrededor del 0,23%, con una ratio varón/mujer de 2:1.

Se han descrito predictores para el desarrollo de esquizofrenia de inicio precoz como la carga genética, hipoxia connatal, anomalías en el desarrollo psicomotor, problemas en el desarrollo del lenguaje y en el aprendizaje, aislamiento social, etc. A pesar de ser sensibles, tienen un escaso poder predictivo (tabla 8).

➔ La infancia y adolescencia son etapas decisivas en la socialización, desarrollo educacional y madurativo; por lo tanto la esquizofrenia conlleva mayores desventajas personales, sociales y económicas. Con respecto a la evolución y el curso, se trata de una

enfermedad más grave, que responde peor al tratamiento, con mayor vulnerabilidad a los efectos secundarios y peor pronóstico. Parece crítico en estos casos la detección precoz y la rápida instauración de un tratamiento adecuado.

Se han descrito como signos de mal pronóstico:

- Personalidad premórbida esquizotípica, límite o antisocial.
- Escasa adaptación premórbida (mayor aislamiento social).
- Hostilidad infantil hacia la figura materna: desapego o indiferencia.
- Déficits intelectuales con mal ajuste con iguales.
- Elevadas puntuaciones en escalas de psicoticismo.
- Inicio precoz, insidioso y síntomas negativos.
- Subtipo de esquizofrenia indiferenciada y desorganizada.

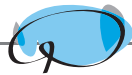


Tabla 8. Características del trastorno esquizofrénico según la edad de inicio

	E. de inicio muy temprano (infancia)	E. de inicio temprano (adolescencia)
Edad de inicio	5-12 años. Edad de inicio fijada a partir de los 5-10 años (según autores).	13-19 años.
Prevalencia	1/100.000	1/10.000.
Diagnóstico diferencial	Trastornos generalizados del desarrollo: – Inicio en < 5 años, con pico en los primeros 30 meses de vida. – Autismo no conlleva mayor frecuencia de esquizofrenia, pero niños autistas tendrían un inicio más temprano de la enfermedad.	Trastornos afectivos mayores.
Diagnóstico	Difícil. Síntomas menos específicos. “Polimorfismo” de los trastornos y cambio en la evolución del síndrome con el tiempo.	Más fácil. Clínica y subtipos similares a los del adulto. ¿Curso con deterioro cognitivo progresivo? (estudios con resultados contradictorios).
Formas de inicio	Inicio progresivo o insidioso (80%): intervención tardía (varios años). – Disminución de actividad y rendimiento. – Modificaciones de la afectividad. – Cambios de carácter y agresividad hacia la familia. – Alteraciones de la psicomotricidad: manierismos, estereotipias y actitudes catatoniformes. – Aparición progresiva de interpretaciones e ideas delirantes. Inicio agudo (20%): ¿Síntomas previos atenuados inadvertidos? – Delirios y alucinaciones en primer plano. Difícil identificar trastornos del pensamiento en edades preescolares por inmadurez en el desarrollo del lenguaje y dificultad de separar realidad de fantasía. Incoherencia del discurso; pérdida de asociaciones. Ideas propiamente delirantes a partir de los 6-7 años (“sentimientos delirantes” en edades inferiores). Delirios poco sistematizados, fragmentarios, fantásticos y absurdos (poderes sobrenaturales, demonios, monstruos...) Alucinaciones raras en < 8 años. Simples y poco sistematizadas. Auditivas (80%), visuales (13-46%). No patognomónicas de psicosis (alucinaciones visuales o táctiles descritas en niños en edad preescolar y desarrollo normal, en relación a situaciones de estrés). Temática relacionada con el desarrollo del niño (animales, juguetes, familiares cercanos, personajes fantásticos...).	Similares a las del adulto. Influencia del consumo de tóxicos. Síntomas prodrómicos más frecuentes: – Experiencias perceptivas poco comunes. – Menor capacidad de concentración. – Falta de iniciativa y motivación. – Afectividad aplanada, inapropiada. – Bajo estado de ánimo. – Aislamiento-retraimiento social. – Trastornos del sueño. – Ansiedad. Irritabilidad. – Desconfianza, suspicacia. – Conducta peculiar. – Deterioro en el cuidado y funcionamiento previos. Ideas delirantes de referencia, religiosas, trascendentes, megalomaniacas, preocupaciones somáticas y sobre la identidad sexual.

6.2. ESQUIZOFRENIA DE INICIO TARDÍO

Existen dos formas, la de inicio tardío entre los 40 y 60 años y la de inicio muy tardío en los mayores de 60 años. No existen cifras fiables de la prevalencia de estas formas clínicas, se estima que alrededor de 1-4% de los ancianos de la comunidad. En el año 2000 en una conferencia de consenso internacional se establecieron los criterios clínicos:

- Aparición a partir de los 45 años (sobre todo a partir de los 60 años).
- Presencia de fenómenos delirantes y alucinaciones.
- Ausencia de trastornos cognitivos generalizados y progresivos.
- Ausencia de trastornos afectivos significativos.

Los factores de riesgo para el desarrollo de esquizofrenia de inicio tardío (tabla 9):

- Edad avanzada: a partir de los 60 años, cada 5 años aumenta la incidencia un 11%.
- Sexo femenino.
- Genética: riesgo de padecer esquizofrenia para los familiares de primer grado mayor al de la población general (1%), pero menor al de familiares de pacientes con esquizofrenia de inicio más temprano (estudios con resultados contradictorios).

- Cambios estructurales (neuroimagen): resultados de los estudios inespecíficos e inconstantes.
- Neuropsicología: menor rendimiento que ancianos sanos.
- Factores psicosociales: solteros y divorciados. Soledad, aislamiento social.
- Personalidad premórbida: rasgos paranoides y esquizoides.
- Déficits sensoriales (auditivo y/o visual) no corregidos.

7. TRATAMIENTO

▲ Es complejo y precisa un abordaje integral (biopsicosocial). Es importante establecer buena alianza terapéutica desde el principio.

En el siguiente algoritmo se detalla una propuesta para el tratamiento de la esquizofrenia en la fase aguda y en la de estabilización o mantenimiento, con especial atención al tratamiento farmacológico.

7.1. FASE AGUDA (figura 4)

7.2. FASE DE ESTABILIZACIÓN O MANTENIMIENTO (figura 5)

7.3. FÁRMACOS (tabla 10)

Tabla 9. Características diferenciales de la esquizofrenia de inicio tardío versus la esquizofrenia

- Mayor prevalencia en mujeres (4-7:1)
- Menos frecuentes: T. formales del pensamiento; fenómenos de pasividad, interferencia, inserción y robo del pensamiento; afecto aplanado; y síntomas negativos.
- Más frecuentes: Delirios persecutorios elaborados y alucinaciones. Contenidos de los delirios: <ul style="list-style-type: none"> • Delirios persecutorios (85%). • Delirio de paramentos (50-60%) (o la permeabilidad de las paredes, suelos, techos y puertas a los influjos dañinos): creencia de que personas, animales, materiales, radiación, sonido o gases pueden atravesar estructuras que normalmente constituirían una barrera para tal paso. • Delirios de influencia corporal y pasividad (40%), de referencia (30%), megalomaniacos-capacidad sobrehumana (12%), hipocondriacos (11%). Alucinaciones (80%): Auditivas (75%); no infrecuentes otros tipos.
- Mejor ajuste social (parten de una situación social más normalizada por el debut más tardío de la enfermedad).
- Lesiones neurodegenerativas inespecíficas.
- Curso más benigno y pobre respuesta a APs.



Figura 4. Algoritmo de tratamiento de la esquizofrenia en la fase aguda

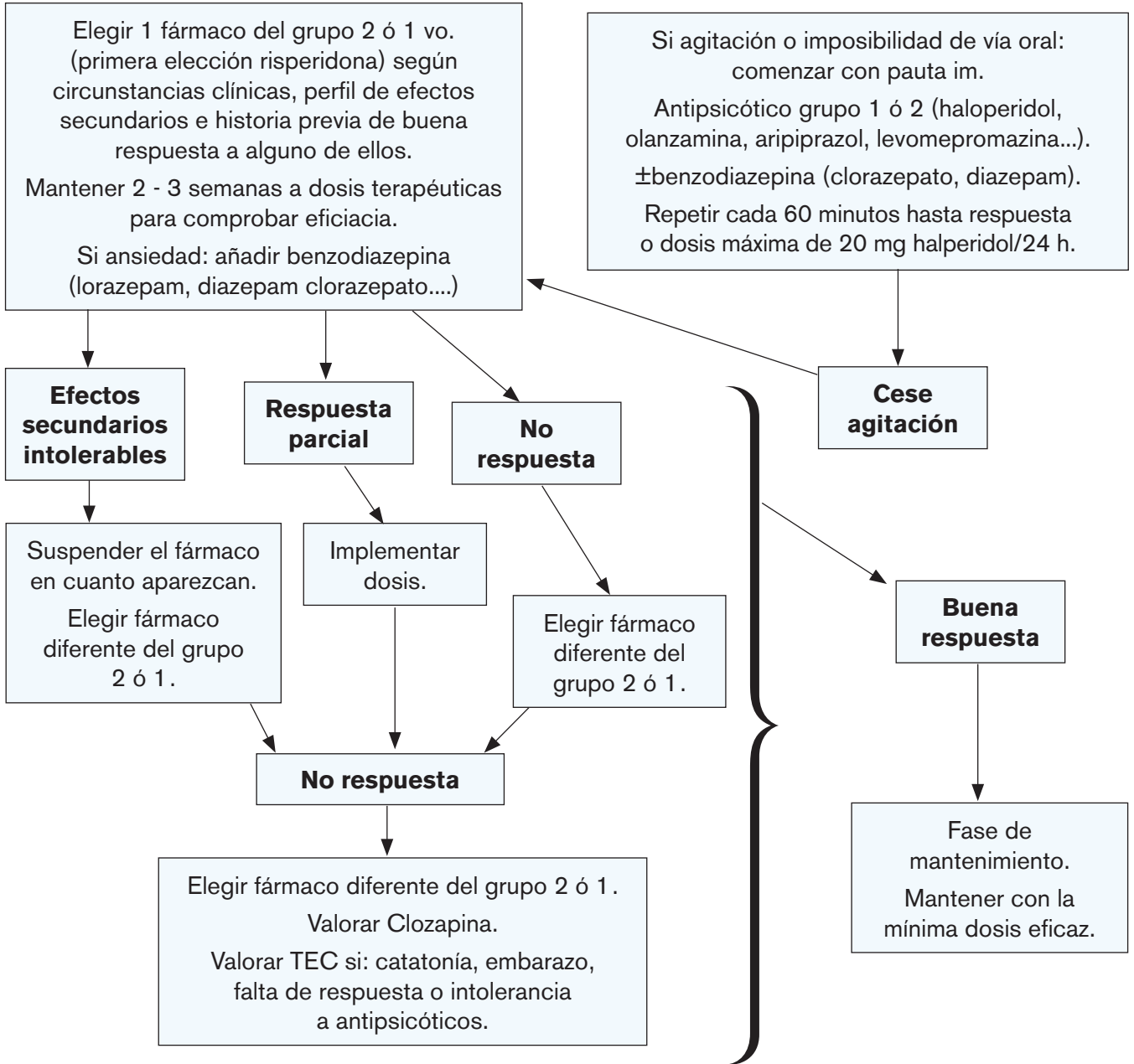


Figura 5. Algoritmo de tratamiento de la esquizofrenia en la fase de estabilización o mantenimiento

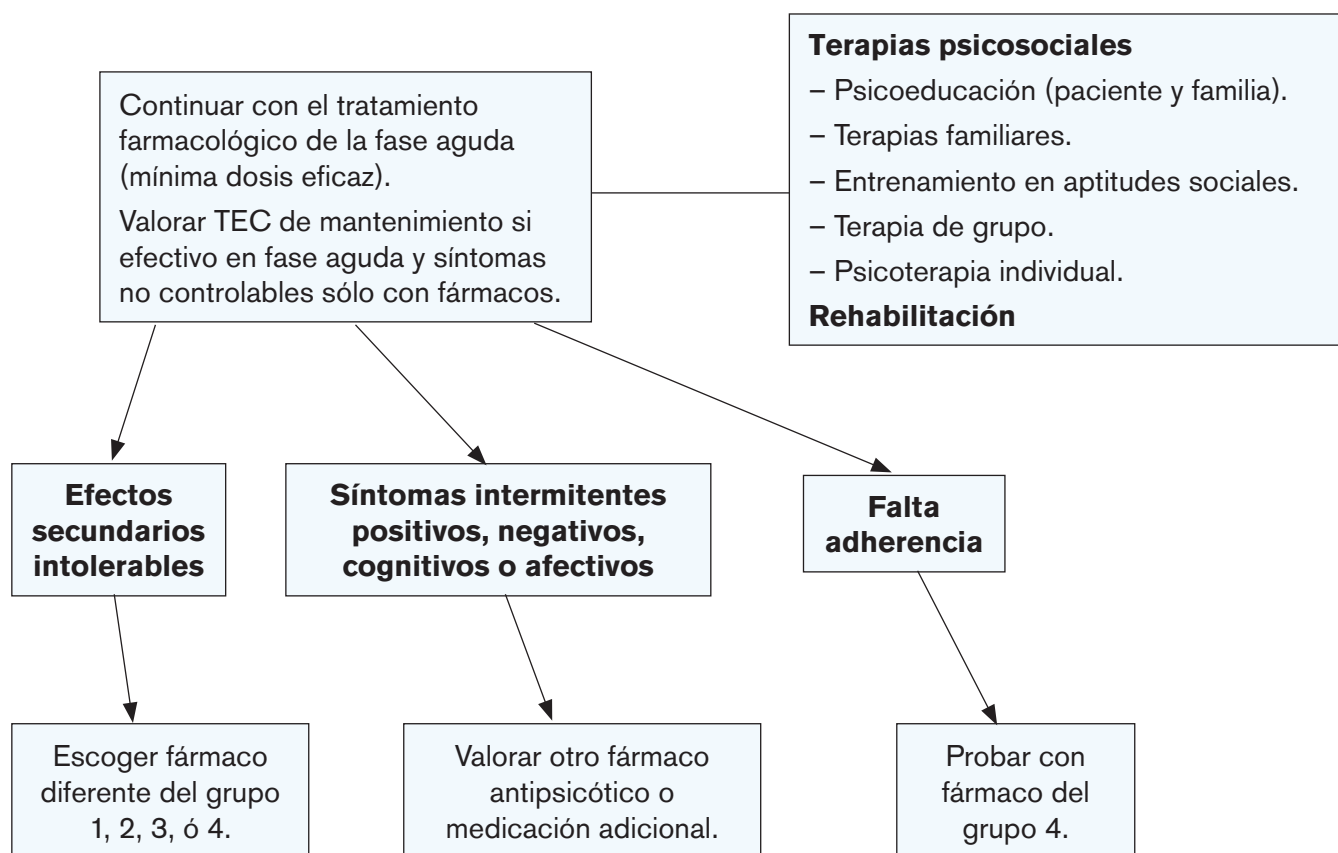


Tabla 10. Grupos de fármacos antipsicóticos

Grupo 1	Antipsicóticos de primera generación (Antagonismo dopaminérgico) Haloperidol, levomepromazina, clorpromaina, periciazina, trifluoperazina, clotiapina...
Grupo 2	Antipsicóticos atípicos (Antagonismo dopaminérgico-serotoninérgico) Risperidona, olanzapina, quetapina, paliperidona, aripiprazol, ziprasiona, amisulpride.
Grupo 3	Clozapina (Antipsicótico atípico)
Grupo 4	Antipsicóticos inyectables de acción prolongada Risperidona consta, flufenazina...



RECOMENDACIONES CLAVE

Una adecuada y exhaustiva evaluación del paciente: facilita el diagnóstico y la intervención precoz, permite controlar si existe peligrosidad y comorbilidad y detectar si existen cambios en los síntomas y en el estado funcional del paciente, que determinarán la intervención terapéutica posterior.

Importancia de un abordaje integral (intervención biopsicosocial) por tratarse de una enfermedad compleja. La asistencia psiquiátrica consiste en un conjunto de tratamientos clínicos e intervenciones psicosociales de apoyo que el psiquiatra deberá proporcionar a todos los pacientes en cada fase de tratamiento.

8. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Howard R. Esquizofrenia de inicio tardío y psicosis de tipo esquizofrénico de inicio muy tardío. En: Jacoby R, Oppenheimer C (eds.). *Psiquiatría en el anciano*. Barcelona: Masson. 2005:667-79.

Munich RL, Tamminga CA. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En: Gabbard GO (ed.). *Tratamientos de los trastornos psiquiátricos*. Tomo I. Barcelona: Ars Médica. 2008:313-67.

Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescent with schizophrenia. American Academy of Child and Adolescent. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:4s-23s.

Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's. *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/Clinical Psychiatry*. 10ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2007.

Van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet* 2009; 374:635-45. Review.

9. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Cuesta MJ, Peralta V. Current psychopathological issues in psychosis: towards a phenome-wide scanning approach. *Schizophr Bull* 2008;34:587-90.

Hirsch SR, Weinberger DR. *Schizophrenia*. 2nd ed. Massachusetts: Blackwell Publishing. 2003.

Peralta V, Cuesta MJ. Clinical models of schizophrenia: Critical approach to competing conceptions. *Psychopathology*. 2000; 33:252-8.

Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, "just the facts" what we know in 2008. *Epidemiology and etiology*. *Schizophr Res* 2008;102:1-18.

Van Os J, Rutten BP, Poulton R. Gene-environment interactions in schizophrenia: review of epidemiological findings and future directions. *Schizophr Bull* 2008;34:1066-82.



31. TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA ESQUIZOFRENIA



Autores: Lourdes Cuello Hormigo y Jesús Sáiz Otero
Tutor: Francisco Moreno Tovar
Unidad de Salud Mental El Puente Orense. Orense

CONCEPTOS ESENCIALES

Psicosis: estado mental descrito como una pérdida de contacto con la realidad

Manía: trastorno mental consistente en una elevación anómala del estado anímico

Depresión: estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente

1. INTRODUCCIÓN

➡ A principios del siglo XX Kraepelin planteó reducir las psicosis funcionales en dos grandes grupos: la demencia precoz (luego llamada esquizofrenia) y la psicosis maniaco-depresiva. Esta división ha resultado muy útil, pero existen cuadros que comparten criterios semiológicos y evolutivos de estas dos grandes psicosis que no pueden encuadrarse con facilidad en ninguna de ellas y a los que se les ha ido dando diferentes nombres a lo largo de la historia de la psiquiatría. Previamente, en el siglo XIX, Magnan había descrito unas psicosis agudas que denominó *bouffés* delirantes polimorfas agudas, que después de la reformulación de H. Ey (1963) se aceptaron en la clasificación oficial francesa.

➡ A lo largo del siglo XX fueron surgiendo nuevas clasificaciones que intentaron abarcar este grupo intermedio de pacientes. Bleuler admitió la existencia de esquizofrenias agudas curables; en la psiquiatría alemana se incluyó la noción de psicosis periódica (Bonhoefer, Birnbaum y Friedman entre otros) y posteriormente Kleist (1928) habló de las denominadas Psicosis Marginales. En 1939 Leonhard desarrolló la idea de las psicosis cicloides, centrándose en la importancia de la labilidad y de la bipolaridad para caracterizarlas. Las describió como cuadros muy espectaculares con gran sintomatología psicótica

aguda y abigarrada, pero con un curso evolutivo mucho más benigno que la esquizofrenia, entendiendo que existían tres formas principales: psicosis de angustia-felicidad, psicosis confusional (incoherente-estuporosa) y psicosis de la motilidad (acinética e hiperkinética). Esta nosología es la que, en líneas generales, ha permanecido y ha sido aceptada por los autores que mantienen la independencia de estos cuadros (tabla 1).

Tabla 1. Características clínicas de las psicosis cicloides.

Rasgos esenciales de la psicosis cicloides
Polimorfismo.
Alteración global de la vida psíquica.
Agudeza en la aparición de los síntomas.
Insomnio total tres días antes de la eclosión de los síntomas.
Labilidad intra e interepisódica.
Tendencia a la alternancia (estructura polar).
Tendencia a la repetición de los episodios.
Remisión completa de los episodios (fases).
Remisión a largo plazo no deterioro.



➡ En 1933 Kasanin acuñó el término psicosis esquizoafectivas para referirse al cuadro estudiado en nueve pacientes jóvenes adultos que estaba caracterizado por la presencia de una grave labilidad emocional, mezcla de síntomas esquizofrénicos y afectivos, grave distorsión en la percepción del mundo exterior y presencia de «impresiones sensoriales falsas». Estos enfermos se recuperaban completamente del cuadro psicótico, en pocas semanas, aunque había una clara tendencia a la repetición. ➡ El término esquizoafectivo ha persistido hasta los actuales manuales de diagnóstico, el DSM IV-TR y el CIE 10, aunque en ellos se ha cambiado considerablemente las características del cuadro en relación al descrito por Kasanin. Tal y como se considera hoy, el grupo de trastornos esquizoafectivos incluye una variedad de psicosis mucho más amplia y heterogénea y solamente algunos casos podrían ser diagnosticados de psicosis cicloides.

2. TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

El concepto de trastorno esquizoafectivo se utiliza para designar a pacientes que presentan síntomas característicos de la esquizofrenia y de los trastornos afectivos.

2.1. EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia del trastorno esquizoafectivo es inferior al 1%, aproximadamente entre el 0,5% y el 0,8%. Podría constituir un 10-30% de los cuadros psicóticos que se ven en pacientes hospitalizados.

2.2. ETIOPATOGENIA

No está clara la causa del trastorno esquizoafectivo. Se trata de un grupo heterogéneo de trastornos que comprenden distintas posibilidades:

- Una variante de esquizofrenia.
- Un tipo de trastorno del estado de ánimo.
- Un tercer tipo de psicosis independiente.
- Un grupo que incluye a pacientes esquizofrénicos, pacientes afectivos y quizás un tercer subgrupo de pacientes puros.
- Formas intermedias de un *continuum* que va de la esquizofrenia a los trastornos afectivos.
- La suma en un mismo sujeto de esquizofrenia y trastorno afectivo.

Los estudios que se han llevado a cabo para determinar la etiología de este trastorno, han considerado la historia familiar y la importancia de los factores genético. Según el DSM-IV-TR existe un aumento del riesgo de esquizofrenia en los familiares de pacientes con trastorno esquizoafectivo. En otros estudios se ha demostrado que estos pacientes tienen un riesgo superior al de la población general de tener familiares de primer grado con trastorno afectivo (para el trastorno bipolar el riesgo es del 1-12% y para el trastorno unipolar es del 5-27%), esquizofrenia, con un riesgo del 1-11% y trastorno esquizoafectivo con el 1-6%. Por otro lado, la concordancia entre gemelos monocigóticos es muy elevada, oscilando entre un 50 y 70%, frente a un 0% en dicigóticos.

2.3. CLÍNICA

El concepto de trastorno esquizoafectivo se define a partir de la presentación y curso longitudinal de un cuadro con sintomatología clásicamente atribuida a los trastornos afectivos puros y a la esquizofrenia, caracterizándose por una gran variabilidad sindrómica. Los síntomas afectivos pueden presentarse en forma de manía, depresión o ambas, siempre asociados a síntomas psicóticos. Durante una exacerbación aguda puede presentarse cualquier síntoma característico de la esquizofrenia, especialmente delirios paranoides, autorreferencialidad y alucinaciones auditivas.

Algunos pacientes presentan cuadros afectivos mixtos con elevada ansiedad, agitación y síntomas confusionales que se corresponden bastante bien con las psicosis cicloide de ansiedad (angustia-felicidad) de Leonhard. En relación al curso clínico y la evolución, el trastorno esquizoafectivo se sitúa en un punto intermedio entre la esquizofrenia y los trastornos afectivos. En algunos estudios se ha supuesto que la presencia creciente de síntomas de esquizofrenia conlleva a un peor pronóstico.

2.4. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del trastorno esquizoafectivo es clínico. Debemos determinar con exactitud la enfermedad afectiva, asegurándonos de que cumple los criterios de un episodio maníaco o depresivo, determinando la duración precisa de cada episodio. ➡ Existen desacuerdos entre los criterios de la línea europea y la

americana. Para la CIE 10 los síntomas afectivos y psicóticos deben ir siempre juntos (tabla 2), mientras que para el DSM IV debe haber en algún momento síntomas psicóticos en ausencia de sintomatología afectiva (tabla 3).

Tabla 2. Criterios diagnósticos de trastorno esquizoafectivo para la CIE 10

Criterios CIE 10 para el diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo
G1. El trastorno cumple los criterios para uno de los trastornos afectivos de grado moderado a grave según se especifica en cada categoría.
G2. Los síntomas de por lo menos uno de un listado (prácticamente iguales a la esquizofrenia) deben estar claramente presentes cuando se dan a diario o permanentemente por lo menos durante un período de dos semanas.
G3. Los criterios G1 y G2 se presentan dentro del mismo episodio de la enfermedad, preferiblemente de forma simultánea, al menos parte de episodio. Síntomas de G1 y G2 deben predominar en el cuadro clínico.
G4. El trastorno no se atribuye a causa orgánica o intoxicación, dependencia o abstinencia inducida por sustancias psicoactivas.

Tabla 3. Criterios diagnósticos de trastorno esquizoafectivo para DSM IV-TR

Criterios DSM IV-TR para el diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo
A. Un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplan el criterio A para la esquizofrenia.
B. Durante el mismo período de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos acusados.
C. Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de las fases activa y residual de la enfermedad.
D. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o enfermedad médica.

2.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En el diagnóstico diferencial de todos los trastornos psicóticos deben descartarse enfermedades somáticas que puedan inducir el cuadro, mediante la historia clínica, exploración física y pruebas complementarias (analíticas y de imagen).

Hay que tener en cuenta las enfermedades mentales episódicas en las que esté presente la sintomatología psicótica y depresiva, maniforme o mixta, como las inducidas por sustancias psicoactivas que cursan con cuadros psicóticos afectivos, esquizofrenias, trastornos bipolares, depresión psicótica y trastorno agudo transitorio.

2.6. POBLACIONES ESPECIALES

Según algunos estudios suele ser más frecuente en el sexo femenino, especialmente en mujeres casadas. La edad de inicio en las mujeres es más tardía en comparación con los varones, al igual que en la esquizofrenia.

2.7. TRATAMIENTO

El tratamiento más utilizado en los episodios maníacos es la combinación de un antipsicótico atípico con un estabilizador del ánimo, litio o antiepilépticos. Las sales de litio han sido el compuesto más estudiado para el tratamiento de mantenimiento de esta entidad. En el trastorno esquizoafectivo depresivo, los síntomas a veces mejoran con el tratamiento antipsicótico, sin necesidad de otros fármacos. En otras ocasiones se precisa de terapia antidepresiva; los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se emplean frecuentemente como fármacos de primera línea. En estos pacientes también parece ser útil la lamotrigina asociada a antipsicóticos. La terapia electroconvulsiva ha resultado eficaz tanto en fases maníacas como depresivas. No existen estudios sobre la eficacia de la psicoterapia en estos pacientes, si bien se benefician con la formación de habilidades sociales, abordajes psicoeducativos y rehabilitación cognitiva.

3. TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME

Idéntico a la esquizofrenia, excepto en la duración de los síntomas psicóticos (más de un mes y menos



de seis); resuelto el episodio psicótico vuelven a su nivel de funcionamiento premórbido.

3.1. EPIDEMIOLOGÍA

Impresión de ser más común en adolescentes y adultos jóvenes y menos de la mitad de común que la esquizofrenia. Los familiares de las personas con este trastorno es más probable que sufran trastornos del ánimo que los familiares de los pacientes que sufren esquizofrenia. Se desconoce la causa de este trastorno. Se observa una relativa hipoactividad en la región prefrontal inferior del cerebro limitado al hemisferio izquierdo.

3.2. CLÍNICA

Los signos y síntomas clínicos son idénticos a los que se observan en la esquizofrenia.

3.3. DIAGNÓSTICO

Según el DSM IV-TR los criterios para el diagnóstico de este síndrome son:

- Se cumplen los criterios A, D y E para la esquizofrenia.
- Un episodio del trastorno (incluidas las fases prodrómica, activa y residual) dura al menos 1 mes, pero menos de 6 meses (cuando el diagnóstico debe hacerse sin esperar a la remisión, se calificará como "provisional").

3.4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El mismo que para la esquizofrenia. Deben excluirse trastornos facticios, trastornos psicóticos debidos a enfermedad médica (VIH, epilepsia lóbulo temporal, tumores del SNC, enfermedades cerebrovasculares...) o inducidos por sustancias (cannabis, cocaína, anabolizantes esteroideos...).

3.5. CURSO Y PRONÓSTICO

Las características de buen pronóstico son: inicio de los síntomas psicóticos dentro de las primeras cuatro semanas del primer cambio importante comportamental, confusión o perplejidad, buena actividad social y laboral premórbida, ausencia de aplanamiento o embotamiento afectivos; aunque la corta duración del episodio es probablemente el mejor indicador de buen pronóstico. El pronóstico es más favorable que los pacientes esquizofrénicos.

3.6. TRATAMIENTO

Suele ser necesaria su hospitalización. Los síntomas psicóticos se tratan con antipsicóticos durante 3-6 meses (suelen responder más rápidamente que los pacientes esquizofrénicos). Los estabilizadores del ánimo deben instaurarse como tratamiento y profilaxis en pacientes con episodios recurrentes. La psicoterapia se utiliza para integrar la experiencia psicótica en su vida.

4. TRASTORNO PSICÓTICO BREVE

La característica esencial del trastorno psicótico breve es una alteración que comporta el inicio súbito por lo menos de uno de los siguientes síntomas psicóticos positivos: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (p. ej., disperso o incoherente) o comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. Un episodio de este trastorno dura por lo menos 1 día, pero menos de 1 mes, y el sujeto acaba recuperando por completo el nivel previo de actividad; la alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, a un trastorno esquizoafectivo o a esquizofrenia y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., un alucinógeno) o a enfermedad médica (p. ej., un hematoma subdural).

4.1. EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA

Más frecuente en personas con desordenes de personalidad o que han tenido experiencias de mucho estrés como desastres naturales o cambios culturales dramáticos. Los trastornos del estado de ánimo son más comunes entre las familias de estos pacientes. El estrés social es lo que da origen al episodio psicótico.

4.2. SÍNTOMAS Y SIGNOS

Estas psicosis breves pueden estar precedidas por un acontecimiento o una serie de acontecimientos estresantes que puedan causar gran impacto emocional. Los síntomas afectivos, la confusión y las alteraciones de la atención son más frecuentes en este trastorno que en los trastornos psicóticos crónicos.

4.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debe hacerse el diagnóstico diferencial con el trastorno psicótico debido a una enfermedad médica, el

trastorno psicótico inducido por sustancias, el trastorno facticio y la simulación.

4.4. CURSO Y PRONÓSTICO

El curso del trastorno por definición es inferior a un mes. Los pacientes con este trastorno tienen mejor pronóstico que pacientes con trastornos psicóticos crónicos. Las características que indican buen pronóstico son: inicio brusco de los síntomas, buen ajuste premórbido, desencadenantes graves, síntomas afectivos, confusión y perplejidad durante la psicosis, embotamiento afectivo leve, corta duración de los síntomas, ausencia de familiares esquizofrénicos y pocos rasgos esquizoides premórbidos.

4.5. TRATAMIENTO

Puede ser requerida una hospitalización de corta duración, se utilizará un antipsicótico incisivo y benzodiacepinas. Debe evitarse la medicación a largo plazo. La psicoterapia con los objetivos de exposición de los desencadenantes, del episodio psicótico y del desarrollo de estrategias de afrontamiento es útil para la integración psicológica de la experiencia.

5. TRASTORNO PSICÓTICO COMPARTIDO (FOLIE À DEUX)

➔ Es un trastorno raro, que se conoce con el término *folie à deux*. Una persona (paciente sumiso) recibe este diagnóstico cuando desarrolla síntomas psicóticos durante una relación prolongada con otra persona que ya presentaba síntomas similares previamente (paciente dominante, inductor o paciente primario). Existen casos descritos con más personas implicadas (*folie à trois*, *folie à quatre*,...).

5.1. EPIDEMIOLOGÍA

Más del 95% de los casos ocurren con miembros de la misma familia. Más común en mujeres y en personas con incapacidades físicas que los convierten en dependientes de un tercero.

5.2. SÍNTOMAS CLÍNICOS

El síntoma fundamental es la aceptación incuestionable de los delirios de otra persona. El contenido del delirio suele ser de tipo persecutorio o hipocondríaco.

5.3. DIAGNÓSTICO

Según el DSM IV-TR para hacer el diagnóstico de este síndrome se debe tener en cuenta estos tres criterios:

- Se desarrolla una idea delirante en un sujeto en el contexto de una relación estrecha con otra(s) persona(s) que ya tiene(n) una idea delirante establecida.
- La idea delirante es parecida en su contenido a la de la persona que ya tenía la idea delirante.
- La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica.

5.4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debe hacerse un diagnóstico diferencial con el trastorno psicótico debido a una enfermedad médica, el trastorno psicótico inducido por sustancias, el trastorno facticio y la simulación, al igual que en el trastorno psicótico breve.

5.5. CURSO Y PRONÓSTICO

Es bastante bueno el pronóstico para el receptor sumiso si es posible separarlo de la parte dominante (rara vez se consigue esta situación). Pactos de suicidio u homicidio pueden estar presentes.

5.6. TRATAMIENTO

Es muy importante separar a la persona afectada de la fuente del delirio. Se utilizarán antipsicóticos y hospitalización si fuera preciso. Para prevenir la recurrencia del síndrome se debe utilizar terapia familiar y apoyo social para modificar la dinámica de la familia.

6. PSICOSIS POSPARTO

➔ Es un trastorno psicótico no especificado que ocurre después del parto (mayormente 2-3 días después del parto) y está caracterizado por depresión grave, ideas delirantes y pensamientos de la madre de dañar al recién nacido o a sí misma.



6.1. EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia es de 1 por cada 1.000 nacimientos. Un 50% de las mujeres afectadas tienen antecedentes familiares de trastornos afectivos.

6.2. ETIOLOGÍA

Se trata fundamentalmente de un episodio de un trastorno depresivo. Según los investigadores pueden contribuir al cuadro los cambios hormonales tras el parto, el hecho de ser un embarazo no deseado o un matrimonio infeliz y acontecimientos perinatales (infecciones, intoxicaciones por sustancias, toxemia, pérdida de sangre).

6.3. DIAGNÓSTICO Y SÍNTOMAS CLÍNICOS

Inicialmente se presenta con insomnio, inquietud y labilidad emocional (los días que rodean al parto); más tarde se puede presentar confusión, irracionalidad, ideas delirantes y obsesiones acerca del recién nacido (como creer que está poseído por el diablo, o que tiene poderes especiales o que está destinado para un terrible fin). En el 25% de los casos hay alucinaciones auditivas.

6.4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debe realizarse un diagnóstico diferencial con el trastorno psicótico debido a una enfermedad médica, el trastorno psicótico inducido por sustancias y con la depresión posparto.

6.5. TRATAMIENTO

Es una urgencia médica. Los tratamientos farmacológicos de elección son los antipsicóticos y el litio, a

veces combinado con un antidepresivo. Suelen ser beneficiosas las visitas supervisadas con el bebé. Las pacientes con riesgo autolítico precisan ingreso psiquiátrico.

7. SÍNDROMES PSICÓTICOS RELACIONADOS CON LA CULTURA

➡ Cuadros que se dan en determinadas culturas; existe la posibilidad de que factores biológicos y culturales contribuyan a estas psicosis. Algunos ejemplos son los siguientes:

7.1. AMOK

Arranque repentino y no provocado de ira que hace que las personas afectadas empiecen a correr sin rumbo, atacando indiscriminadamente a cualquier persona o animal que se cruce en su camino.

7.2. KORO

Se caracteriza por el delirio del paciente de que su pene se está encogiendo y puede desaparecer en el interior del abdomen causándole la muerte.

7.3. PIBLOKTO

Aparece entre los esquimales, también conocido como histeria ártica. Se caracteriza por crisis durante las cuales los pacientes empiezan a gritar, llorar y romperse los vestidos.

7.4. WIHTIGO

Se limita a algunos indios norteamericanos. Las personas afectadas creen que pueden transformarse en un monstruo gigante que come carne humana.

RECOMENDACIONES CLAVE

Lectura de la historia de los trastornos esquizoafectivos (textos de Demetrio Barcia, Karl Leonhard y Henri Ey).

8. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Barcia D. Psicosis cicloides (psicosis marginales o psicosis atípicas). En: López Ibor JJ (ed.). El libro del año. Psiquiatría. Madrid: Saned. 1995.

Beckmann H, Leonhard K. Classification of endogenous psychosis and their differentiated etiology. 2ª ed. Springer medicine. Springer Wien New York. 1999.

Ey H, Bernard P, Brisset CH. Tratado de psiquiatría. 8ª ed. Barcelona: Elsevier Masson. 1978.

Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría. 10ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer. 2008.

Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Masson. 1998.

9. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-R). 4ª ed. 2000.

Benabarre A. Trastornos esquizoafectivos. Barcelona: Espaxs S.A. 2007.

Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. CIE 10. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2007.

Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Ed. Ancora S.A. 1996.

Palomo T, Jiménez Arriero MA. Manual de psiquiatría. Madrid: Ene Life Publicidad S.A. 2009.





32. TRASTORNOS DELIRANTES



Autora: Jasna Raventós Simic

Tutor: Óscar A. Ruiz Moriana

Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca

CONCEPTOS ESENCIALES

El trastorno delirante se presenta como:

Cuadros caracterizados sistema delirante estable y bien definido encapsulado en una personalidad que mantiene muchos aspectos normales.

Vida progresivamente afectada por la intensidad y la intrusividad de las ideas delirantes.

Alucinaciones no prominentes.

Crónico.

1. INTRODUCCIÓN

El trastorno delirante o ideas delirantes (DSM IV-TR 297.1 y CIE 10 F22) es una enfermedad psicótica con algunas similitudes superficiales con la esquizofrenia de la que, de cualquier forma, difiere bastante. Se presenta con un sistema delirante estable y bien definido encapsulado en una personalidad que mantiene muchos aspectos normales, a diferencia de la esquizofrenia, en la que se aprecia desorganización amplia de la personalidad además de los rasgos psicóticos.

Sin embargo, aunque muchos aspectos normales de la personalidad se hallan preservados, la vida del individuo se ve progresivamente afectada por la intensidad y la intrusividad de las creencias delirantes. Se trata de un trastorno crónico que en muchos casos durará toda la vida con la injustificada reputación de ser intratable. Debido a la naturaleza de las ideas delirantes muchos pacientes son reacios a aceptar que sufren un trastorno mental o que requieren tratamiento psiquiátrico pero, si son persuadidos a cooperar y

aceptar la medicación psiquiátrica, la afección puede responder al tratamiento en una marcada y elevada proporción de casos.

En el siglo XIX Kraepelin definió la paranoia como una enfermedad caracterizada por un sistema delirante bien organizado en una personalidad relativamente conservada. Descartó las alucinaciones, que en la actualidad se aceptan cuando se presentan de forma no prominente. Reconoció subtipos de trastorno delirante y lo diferenció de la *dementia precox* (esquizofrenia de Bleuler). Además introdujo el término de parafrenia, que presenta un menor deterioro de la personalidad en comparación con la esquizofrenia, con conservación del afecto y de la capacidad de mantener buenas relaciones, pero con las ideas delirantes no tan encapsuladas como la paranoia.

El término de trastorno delirante se introdujo por primera vez en el DSM III-TR (1987), aceptando la definición de paranoia de Kraepelin con la presencia de alucinaciones no prominentes.



2. EPIDEMIOLOGÍA

Resulta difícil establecer datos epidemiológicos debido a la bibliografía limitada por la heterogeneidad de criterios utilizados y las definiciones cambiantes durante la historia, que han solapado los trastornos delirantes con la esquizofrenia, y la escasa búsqueda de asistencia psiquiátrica de estos pacientes. La prevalencia se estima en 0,03%. Este trastorno supone el 1-2% de las hospitalizaciones en salud mental. La edad de inicio se sitúa entre la adolescencia tardía y la edad extrema, con media a los 40 años. La incidencia es igual en hombre y mujeres, con variaciones dentro de los diferentes subtipos.

3. ETIOPATOGENIA

No se ha demostrado una relación genética entre el trastorno delirante y la esquizofrenia. Se relaciona con una personalidad premórbida asocial y con más trastornos de personalidad esquizoide y paranoide.

Se trata de un trastorno estable; entre el 3 y 22% se reclasifica en esquizofrenia y un 6% en trastornos del estado de ánimo.

Existen tres teorías sobre la formación de delirios:

- Mecanismo psicodinámico. Se basa en que los pacientes están aislados socialmente y alcanzan logros inferiores a los esperados. Freud hablaba de la negación o contradicción y proyección de los impulsos homosexuales reprimidos. Esta teoría no aclara por qué se producen los delirios y no otros síntomas, ni por qué persisten.
- Trastorno del razonamiento. Donde se considera el origen del delirio en alteraciones del pensamiento lógico formal, que se puede analizar bajo dos postulados. El primero considera que el sustrato de la formación de delirios es el fracaso de la aplicación del razonamiento bayesiano, por lo que se aceptan conclusiones con niveles de probabilidad muy bajos, inadmisibles para los sujetos normales. Y el segundo sugiere que el pensamiento de los pacientes delirantes está supeditado a su tendencia a atribuir significados prejuiciosos.
- Mecanismo psicobiológico. Para autores como Clérambault los delirios crónicos se debían a daños neurológicos (infecciones, lesiones...)

que provocan automatismos, como falsos reconocimientos, sensaciones de familiaridad, trastornos de la atención y otros. Al principio intrigan o molestan al paciente y más tarde demandan explicación, adoptando forma de delirios. Para Mahler el paciente delira porque advierte anomalías, experiencias provenientes del entorno y del sistema nervioso central y periférico, que requieren justificación. Cummings considera que el elemento común de la formación de delirios es la disfunción límbica que lleva a la interpretación errónea del entorno y la percepción inapropiada de la amenaza.

4. DIAGNÓSTICO

El término de trastorno delirante apareció por primera vez en el DSM III-TR. Las clasificaciones actuales (CIE 10 y DSM IV-TR) destacan la importancia de descartar otros cuadros antes de realizar el diagnóstico, que es por exclusión.

- Criterios diagnósticos del trastorno de ideas delirantes (CIE 10: F22.0)
 - Presencia de una idea delirante o de un grupo de ideas delirantes relacionadas entre sí, distintas a las indicadas como típicamente esquizofrénicas.
 - Las ideas delirantes deben estar presentes durante por lo menos 3 meses.
 - No se deben cumplir los criterios generales para esquizofrenia.
 - No pueden estar presentes alucinaciones persistentes de ningún tipo.
 - Pueden presentarse síntomas depresivos de una manera intermitente e incluso un episodio depresivo completo siempre y cuando las ideas delirantes no coincidan con las alteraciones del estado de ánimo.
 - No hay evidencia de lesión cerebral primaria o secundaria, ni de trastorno psicótico debido a consumo de sustancias psicoactivas.
- Criterios diagnósticos para el trastorno delirante (DSM IV-TR [297.1])
 - Ideas delirantes no extrañas de por lo menos 1 mes de duración.

- Nunca se ha cumplido el primer criterio para la esquizofrenia.
- Excepto por el impacto directo de las ideas delirantes o sus consecuencias, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño.
- Si se han producido episodios afectivos simultáneamente a las ideas delirantes su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos delirantes.
- La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica.

Los criterios de ambos sistemas de clasificación presentan las siguientes características comunes:

- Ideas delirantes no esquizofrénicas en CIE 10 o no extrañas en DSM IV-TR, es decir, que impliquen situaciones que pueden ocurrir en la vida real.
- Ausencia de alucinaciones. La CIE 10 admite alucinaciones de forma transitoria en forma de voces que no son en tercera persona ni comentan la propia actividad. En DSM IV-TR se admiten alucinaciones táctiles u olfatorias si están relacionadas con el tema delirante.
- Se admiten los síntomas depresivos en ambas clasificaciones, de forma intermitente o no paralela a la presencia de ideas delirantes.
- No se cumplen criterios de esquizofrenia.
- Se consideran criterios de exclusión el consumo de drogas o enfermedad médica relacionadas temporalmente con la aparición de las ideas delirantes.

Las diferencias entre ambas clasificaciones son:

- El tiempo de presencia de las ideas delirantes. La CIE 10 requiere al menos tres meses, mientras que en el DSM IV-TR se requiere al menos un mes.
- En DSM IV-TR se menciona que la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa, mientras que CIE 10 no lo hace.

Habría que destacar el fenómeno de *Folie à deux*, que esta recogido en el DSM IV-TR 297.3 como tras-

torno psicótico compartido y en la CIE 10 F24 como trastorno de ideas delirantes inducidas. El síndrome se diagnostica normalmente cuando los individuos afectados viven próximos, están socialmente o físicamente aislados y tienen poca interacción con otras personas. Se han propuesto varias clasificaciones de trastorno psicótico compartido para describir cómo la idea delirante se mantiene por más de una persona.

- *Folie imposée*, en el que una persona dominante (conocida como 'primario', 'inductor' o 'principal') crea inicialmente una idea delirante durante un episodio psicótico y lo impone a otra persona o personas (conocida como 'secundario'). Se supone que el secundario no habría delirado si no hubiera interactuado con el inductor. Si los individuos son ingresados en el hospital de manera separada, las ideas delirantes de la persona inducida usualmente desaparecen sin necesidad de medicación.
- *Folie simultanée*, en el que dos personas, que independientemente sufren de psicosis, influyen el contenido de las ideas delirantes de cada uno de ellos, de forma que se convierten en idénticas o muy similares.

5. CLÍNICA

Este trastorno se caracteriza por ideas delirantes estables, bien estructuradas, que son expresadas con persistencia.

El pensamiento es lógico, coherente, pero las ideas están basadas en premisas falsas, por lo que es poco frecuente que el paciente se cuestione las interpretaciones. Por el mismo motivo rechazan el tratamiento. Suele presentar reservas o recelo cuando se le interroga sobre la idea delirante. Generalmente los delirios son de contenido autorreferencial.

La presencia de alucinaciones auditivas persistentes típicas de la esquizofrenia es criterio de exclusión. Pueden aparecer alucinaciones auditivas ocasionales y transitorias, generalmente difíciles de evaluar.

El nivel de conciencia es adecuado. La personalidad se mantiene intacta y el comportamiento y el afecto son bastante normales. Estos pacientes presentan un considerable buen funcionamiento social.



Las anomalías del humor son habituales. El paciente se mueve entre las formas normales, donde el humor y las reacciones emocionales son apropiados, y delirante del pensamiento, donde existe una activación fisiológica y el paciente se muestra hipervigilante y suspicaz.

Las interpretaciones delirantes se desarrollan de forma progresiva, se van estructurando, por lo que el trastorno persiste toda la vida.

En resumen, las ideas delirantes:

- Son secundarias a las interpretaciones delirantes.
- Están bien estructuradas.
- Son coherentes.
- Presentan un pensamiento lógico dentro de la idea delirante (el paciente interpreta los hechos para adecuarlos al delirio).
- Permiten el buen funcionamiento social.
- Son persistentes.
- Son negadas por el paciente, por lo que rechaza el tratamiento.

6. SUBTIPOS

La CIE 10 incluye como subtipos del trastorno de ideas delirantes los siguientes:

- Persecutorio.
- Litigante.
- Autorreferencial.
- Grandiosidad.
- Hipocondríaco (somático).
- De celos.
- Erotomaniaco.

El DSM IV-TR incluye los siguientes subtipos:

- Erotomaniaco.
- Grandiosidad.
- Celotípico.
- Persecutorio.

- Somático.
- Mixto.

El trastorno psicótico compartido se incluye, en ambos casos, en una identidad aparte.

6.1. SUBTIPO PERSECUTORIO

Es el subtipo más frecuente. El paciente realiza falsas interpretaciones de situaciones ambientales, creyendo ser perseguido y centro de una atención malintencionada. Estas creencias aumentan a lo largo del tiempo, con tendencia a implicar a un mayor número de personas. El paciente muestra pruebas para justificar su pensamiento. Se muestra suspicaz, hipervigilante, irritable y ansioso, y suele aislarse por temor.

6.2. SUBTIPO LITIGANTE

También llamado paranoia querulante, es una variante del subtipo anterior. Presentan un sentimiento profundo y persistente de haber sido engañados (ven conspiraciones en cada esquina, son poco escrupulosos), solicitan repetidamente una compensación sobre todo vía judicial.

Goldstein describió tres tipos:

- Defensor hipercompetente: utiliza la ley y la conoce.
- Paranoide en proceso de divorcio: busca venganza por celos.
- Paranoide que busca testigos.

6.3. SUBTIPO SOMÁTICO

Los pacientes tienen la convicción persistente de presentar una enfermedad sin que existan evidencias objetivas. Realizan interpretaciones delirantes de sensaciones corporales y son incapaces de aceptar noticias tranquilizadoras al respecto. Existen varios tipos:

- Ideas delirantes que afectan a la piel: insectos arrastrándose por la superficie de la piel, anidando.
- Ideas delirantes dismórficas: falsa creencia de fealdad o deformidad.

- Ideas delirantes de hedor o halitosis: sabe que el olor está presente por los comentarios o el comportamiento evitativo de los demás.
- Miscelánea.

6.4. SUBTIPO CELOTÍPICO

También llamado síndrome de Otelo. Existe el convencimiento de la infidelidad de la pareja, a pesar de que la evidencia es dudosa para los demás. Tanto el pensamiento como el comportamiento son irracionales, en expresión e intensidad. El paciente acusa, acecha y controla a la víctima, y presenta pruebas e indicios.

6.5. SUBTIPO EROTOMÁNICO

Descrito por Clérambault, se caracteriza por sentimientos eróticos hacia otra persona y creencia persistente e infundada de que esta persona está profundamente enamorada de él. El amante es imaginario o socialmente inalcanzable y desconoce la situación. El paciente cree que el otro inició el contacto con señales ocultas o indirectas.

6.6. SUBTIPO DE GRANDIOSIDAD

El paciente se muestra eufórico, exaltado, debido a que se cree por encima de los demás por presentar facultades especiales. En este cuadro hay que hacer el diagnóstico diferencial con el trastorno bipolar.

6.7. SUBTIPO MIXTO

Puede existir más de un tema delirante paralelamente.

6.8. OTROS TRASTORNOS CON IDEAS DELIRANTES PERSISTENTES

Se trata de una categoría de la CIE 10 F22.8 descrita de forma imprecisa que incluye dos enfermedades: el síndrome de falsa identificación delirante y la parafrenia.

Dentro de los síndromes de falsa identificación delirante encontramos:

- Síndrome de Capgras o delirio de los dobles, donde personas conocidas del paciente han sido suplantadas por impostores.

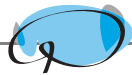
- Síndrome de Frégoli, en el cual el paciente cree que uno o más individuos han alterado su apariencia para semejarse a personas familiares parecidas para perseguirle.
- Intermetamorfosis, en la cual el paciente cree que personas de su entorno han intercambiado sus identidades.
- Síndrome de doble subjetivo, en el que el paciente está convencido de que existen dobles exactos a él.

La parafrenia fue descrita por Kraepelin como una enfermedad similar a la esquizofrenia paranoide con ideas delirantes fantásticas, menos encapsuladas que en el trastorno delirante, y alucinaciones, trastorno del pensamiento relativamente limitado y afecto preservado. Existiendo menor deterioro de la personalidad que en la esquizofrenia.

7. TRATAMIENTO

La principal dificultad que se presenta en el tratamiento de los trastornos delirantes es debida a la escasa conciencia de trastorno de estos pacientes. Esto implica una menor detección del trastorno debido a que la mayoría de estos pacientes no acuden a los servicios de urgencias. Además se muestran reacios a iniciar cualquier tipo de tratamiento y, si lo toman, son muy sensibles a los efectos secundarios, por lo que la adherencia al tratamiento es escasa.

No se dispone de estudios controlados sobre el tratamiento farmacológico, principalmente a causa de la bibliografía limitada y dispersa por la relativa rareza del trastorno, las definiciones cambiantes durante la historia y la escasa búsqueda de asistencia psiquiátrica por parte de estos pacientes. Si existe experiencia con pimozide, con resultados favorables observados. La tendencia actual consiste en tratar los trastornos delirantes con neurolepticos, tal y como indican las guías clínicas para el tratamiento de la esquizofrenia. Se recomienda iniciar el tratamiento con la dosis efectiva más baja, aumentando en caso necesario y de forma gradual para evitar efectos secundarios con el consiguiente abandono. Dado que las recaídas se asocian a un abandono de la medicación, el tratamiento se continúa durante un periodo indefinido. Hay que evitar el tratamiento con IMAO debido a que empeoran las ideas delirantes.



Un 10% de los pacientes presentan depresión post-psicótica, con aumento del riesgo de suicidio. Esto es debido a cambios rápidos en el equilibrio de neurotransmisores. Se recomienda en estos casos mantener la dosis mínima eficaz de neuroléptico y añadir antidepresivos a dosis completas.

La terapia cognitivo-conductual o la psicoterapia convencional se pueden utilizar para reducir la preocupación por las falsas creencias y el aislamiento.

La remisión total o parcial de los síntomas se estima del 50% cuando se realiza tratamiento. Si no se observa mejoría a pesar del tratamiento farmacológico, hay que pensar en primer lugar en un abandono de éste.

↑ RECOMENDACIONES CLAVE

Siempre que valoremos a un paciente que presente ideas delirantes tenemos que considerar sus creencias culturales y sociales, siendo conveniente contrastar la información con familiares o conocidos.

Y lo más importante al inicio es ganarse la confianza del paciente no rebatiendo directamente las ideas delirantes, creando progresivamente la adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad.

Y una vez que hayan disminuido la intensidad y la vivencia emocional de sus delirios, ver la capacidad de crítica que realice de éstos, y aún desapareciendo la productividad delirante es frecuente que permanezcan delirios antiguos encapsulados, ya que suelen ser pensamientos presentes en el paciente durante años.

Por lo que es conveniente enseñar al paciente a sobrellevar y minimizar estos síntomas residuales para conseguir artefactar en la menor medida de lo posible su funcionamiento general.

8. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

OMS CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor. 1992.

APA. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson. 2003.

Munro A. Trastornos y síntomas delirantes. En: Gelder MG, López Ibor JJ, Andreasen N (eds.). Tratado de psiquiatría. Barcelona: Ars Médica. 2005:1013-39.

Kaplan HI, Sadock BJ. Tratado de psiquiatría. 6ª ed. Buenos Aires: Editorial Inter-Médica. 1997.

Barcia D. Delirios crónicos. En: López Ibor JJ, Ruiz C, Barcia D (eds.). Psiquiatría. Barcelona: Toray. 1982:895-909.

9. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

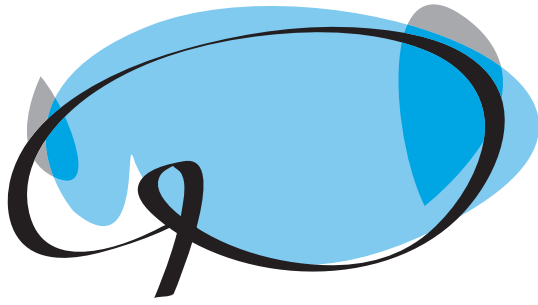
Krestchmer E. El delirio sensitivo de referencia. Fundación Archivos de Neurobiología. Madrid: Triacastela. 2000.

Ey H. Estudio sobre los delirios. Madrid: Triacastela. 1998.

Jaspers K. Psicopatología general. 4ª ed. Buenos Aires: Beta. 1975.

Sánchez P, Elizagárate E, Eguíluz I. Trastorno delirante crónico. En: Roca M (coordinador). Trastornos psicóticos. Barcelona: Ars Médica. 2007:513-54.

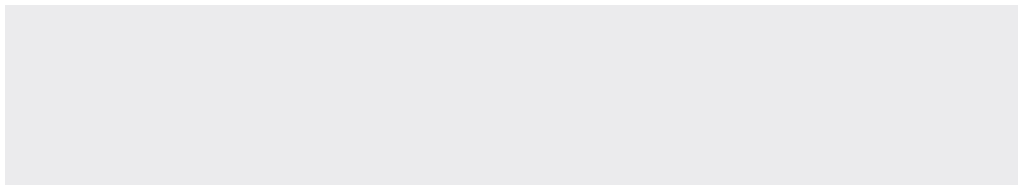
Jaspers K. Psicopatología general. 2ª ed. Editorial México: FCE. 1996.



MÓDULO 2.
Clínica psiquiátrica



Trastornos
afectivos





33. MELANCOLÍA



Autoras: Laura Martín López-Andrade e Iria Prieto Payo
Tutor: Fernando Colina Pérez
Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

CONCEPTOS ESENCIALES

El concepto de melancolía es rechazado por la psiquiatría positivista.

La melancolía puede ser entendida como un prototipo universal de dolor y como una forma de psicosis: la psicosis maníaco-depresiva.

Es imprescindible diferenciar entre tristeza neurótica y psicótica.

1. HISTORIA

La melancolía es la enfermedad del alma más antigua que conocemos. En la civilización occidental, la melancolía y la locura fueron sinónimos al menos hasta la época moderna. Bajo su nombre se representaba cualquier forma de enajenación, pero también identificaba ese padecimiento triste de las pasiones que Hipócrates definió de este modo sucinto: “Si el miedo y la tristeza se alargan en el tiempo, degeneran en melancolía”.

La teoría humoral de la melancolía de Hipócrates y Galeno, basada en la “bilis negra” y la influencia de Saturno, pervivió durante más de veinte siglos. La ruptura con ella, que se venía fraguando desde la primera mitad del siglo XVII, incluía la eliminación del término melancolía, con todas las consecuencias que eso tenía respecto a una tradición del conocimiento. En realidad, el *ataque* a la melancolía va unido al nacimiento de la psiquiatría.

➡ Fue Esquirol, ya en el siglo XIX, quien intenta el golpe definitivo, proponiendo el nombre de “Lype-manía” para identificar la forma melancólica de sus monomanías. En el “Diccionario de ciencias médicas” de 1819 se pronunció con contundencia: “La palabra

melancolía, consagrada en el lenguaje vulgar para expresar el estado de tristeza de algunos individuos, debe ser dejada a los moralistas y a los poetas que, en su expresión, no están obligados a tanta severidad como los médicos”.

Desde entonces ha venido resistiendo como ha podido el acoso de la psiquiatría positivista, empeñada en amputar la corriente de pensamiento con la que históricamente se asocia: la que enlaza los trastornos mentales con los discursos de las ciencias humanas, de la filosofía, de la literatura y, en general, de la cultura. El DSM-IV, por ejemplo, la reduce a una especificación del trastorno depresivo mayor o la esconde entre los trastornos bipolares y sus arbitrarios subtipos.

➡ No obstante, aquí dejamos constancia de la obstinación de la melancolía por permanecer, así como nuestro empeño por defenderla subrayando, por un lado, su relación con el lirismo de la tristeza, y, por otro, su condición psicótica. En realidad, la melancolía, con el apoyo de Freud, que fue su valedor a lo largo del siglo XX, ha mostrado enérgicamente su resistencia y no ha desaparecido del todo. No lo ha hecho para la corriente que aún se deja inspirar por la lectura freudiana y por la psicopatología clásica,



defensora de un pensamiento que permite, en primer lugar, establecer una conexión entre las formas normales y patológicas de la tristeza y, en segundo, diferenciar los síntomas depresivos en función de la estructura psicológica del individuo. La tristeza no se puede medir sólo en escalas de tiempo o intensidad, sino valorando también si se trata de la manifestación de una estructura neurótica o psicótica.

2. CONCEPTO

► El término melancolía abarca dos dominios distintos. El primero, la identifica con todas las formas de vacío y tristeza que conocemos, como si un eje o un espectro melancólico común recorriera toda la experiencia humana, tanto en el ámbito de la normalidad como de la locura. Desde este punto de vista, la melancolía representa los tormentos del deseo, de la pérdida y del desamparo, entendidos como hijos de la soledad y la culpa. Se comporta como un prototipo universal del dolor que, al modo de una red mediadora que comunica el sufrimiento de los hombres, representa el malestar donde todos nos reconocemos. La melancolía, por consiguiente, es un mal eterno que se ofrece como matriz de cualquier aflicción y como unidad profunda de todo malestar psíquico. Identifica esa raíz de la psiquiatría que se hunde en las ciencias humanas y que ha querido ser frecuentemente arrancada desde que Pinel la fundara. En su campo florecen las ideas aristotélicas sobre la relación del genio y la melancolía –“Problema XXX”–, se acepta su condición de “sentimiento habitual de nuestra imperfección” –según se lee en la “Enciclopedia” de Diderot– o se la asocia con la virtud, como propone Kant en “Lo bello y lo sublime”: “La genuina virtud, según principios, encierra en sí algo que parece coincidir con el temperamento melancólico en un sentido atenuado”. Todo el universo romántico, en general, con su ensalzamiento de lo infinito, lo contradictorio, lo desconocido, lo vacío, lo libre y lo trágico, da cuenta perfectamente del espacio melancólico de los modernos.

► La segunda acepción es más clínica y específica. Designa su concreción en una forma de psicosis que se ha venido reconociendo como locura circular o de doble forma y, desde Kraepelin, como locura maniaco-depresiva. Aquí reconocemos aquellas formas depresivas que por su intensidad, su cualidad, su capacidad de comprometer al Yo o su alternancia

con formas maníacas, se incluían clásicamente en el apartado de las psicosis funcionales junto con la paranoia y la esquizofrenia. Es cierto que siempre ha dado la impresión de ser una invitada intempestiva respecto al resto, pues no cursa con alucinaciones, automatismo ni delirios primarios. Los delirios melancólicos –secundarios o deliroides– se muestran demasiado comprensibles, porque reconocemos fácilmente la asociación que establecen las ideas delirantes con la angustia y el dolor que las acompaña. Por este motivo se la ha expulsado con facilidad del territorio psicótico, para disolverla sin más en el amplio e inespecífico trastorno bipolar. De forma torpe y desatinada, las clasificaciones se han desentendido de la diferenciación entre psicosis y neurosis que, a nuestro juicio, sigue siendo la bóveda que sostiene el diagnóstico y la comprensión de todos los trastornos. Al fin y al cabo, siempre hay que sospechar de una psiquiatría que elimine la melancolía.

3. CLÍNICA

El cuadro clínico de la psicosis maniaco-depresiva se configura alrededor de las alteraciones del humor. Es característica la profunda tristeza, más o menos disfórica, acompañada de abatimiento, dolor moral, pesimismo y desesperación. La angustia, a su vez, se presenta como un correlato emocional inseparable. Una angustia caracterizada por su gran intensidad y por las consecuencias paralizantes para el individuo. A ella se unen la incapacidad para el deseo y el placer, la intensa inhibición, la impresión de detención del tiempo, el pesimismo y la imposibilidad para la anticipación positiva del porvenir. Todo ello sobre el fondo de una actividad motora reducida y enlentecida, que se limita a los gestos imprescindibles (recordemos el clásico omega melancólico en el gesto del rostro), o que se concentra en un paso al acto, como sucede en la conducta suicida. El pensamiento, por su parte, se muestra enlentecido, pobre y negativo en su contenido, dificultado para la concentración y la atención, marcado por la abulia y la falta de iniciativas.

► A menudo se acompaña de rumiaciones y autorreproches en torno a la impotencia, el fracaso y el disgusto de vivir. Reiteraciones que pueden fraguar en las conocidas convicciones de culpa, ruina y suicidio que, a diferencia de las representaciones obsesivas, no son vividas como anómalas y absurdas

sino como realmente merecidas por un sujeto que se desprecia a sí mismo. En ocasiones, llegan a configurarse como elaboraciones delirantes que, aunque pobres y redundantes, suelen ser congruentes con el estado de ánimo.

Asimismo, en la melancolía se demuestra siempre, directa o indirectamente, la importancia del cuerpo, ya sea formando parte de las repetitivas cavilaciones del sujeto (la hipocondría, la incurabilidad, la muerte anunciada), en forma de somatizaciones o en la propia atmósfera autodestructiva que acompaña la alteración de los sentimientos vitales. A este respecto, hay que señalar todo tipo de sensaciones corporales penosas, junto a la anorexia y el clásico insomnio tardío con polo matutino de la tristeza, pues, como se sabe, lo más difícil para el melancólico es comenzar un nuevo día. Los accesos maniáticos, por su parte, pasan por ser el inverso exacto de la crisis depresiva. La hipertimia y la exhuberancia excesiva se acompañan de irascibilidad e impulsividad, proyectos desbordantes y breves, compras excesivas e inútiles, extravagancias en el vestido, cantos, erotización, etc. El pensamiento es superficial y acelerado, expansivo y cargado de iniciativas incontinentes y sin finalidad. Es propio de este pensamiento ideo-fugal la presencia de asociaciones por contraste, continuidad y semejanza que acompañan al insomnio y a una irrefrenable logorrea.

Sin embargo, los cuadros de manía deben de ser entendidos, antes que como muestras de euforia, como episodios de excitación y actividad continua. Dan cuenta de las dificultades del psicótico para organizar la secuencia natural de los deseos y, a menudo, no dejan de ser más que formaciones reactivas ante el vacío melancólico. La prodigalidad, la vacuidad multiplicativa de los proyectos, la interrupción súbita de las tareas o la excitación permanente, demuestran que ante la alerta de la angustia depresiva uno puede reaccionar, bien con la inmovilidad, o bien con la tempestad de movimientos. En realidad, lo opuesto a la tristeza, desde el punto de vista psicopatológico, no es la alegría sino el exceso turbulento de actividad. Durante las fases maniacas no hay júbilo o contento, ni siquiera un sentimiento de orgía, triunfo y liberación, sino furor y desenfreno, exaltación ciega y sorda. De este modo, el maniaco sale de su intimidad y su vacío melancólico para volcarse en la realidad externa de forma tragicómica y casi grotesca.

4. DIAGNÓSTICO

Diagnosticamos melancolía cuando, por una parte, las manifestaciones depresivas presentan cierta cualidad específica así como suficiente intensidad y duración (con o sin momentos de liberación maniforme), y, por otra, porque se organizan sobre una determinada estructura psicótica, sobre un “modo de ser” melancólico.

La tristeza profunda, acompañada de falta de voluntad, anestesia del deseo, pérdida del amor propio, culpabilidad y dolor moral, hablan a favor del carácter psicótico de la sintomatología. Igualmente lo hacen la presencia de ideas delirantes secundarias, ya sea de culpa, ruina, perjuicio o hipocondría, que no llegan a sistematizarse ni presentan las propiedades de los síntomas primarios de esquizofrenia que encontramos en el automatismo mental: alucinaciones y pseudoalucinaciones verbales, fenómenos anidéicos y autorreferenciales, imposición y difusión del pensamiento, etc. Las ideas esquizo-paranoides son centrípetas, aluden al propio sujeto, mientras que las melancólicas son centrifugas, no están autodirigidas, sino que los daños y perjuicios posibles nacen del melancólico y se extienden a la familia, la sociedad o el mundo. Estos síntomas de la tristeza, que van de la mano del temor y la angustia, pueden acompañarse o no de episodios de manía que, en ocasiones, llegan a protagonizar por sí mismos todo el cuadro agudo.

Pero, más allá de los aspectos descriptivos de las crisis, importa la estructura psicológica del sujeto, que resulta especialmente observable en los periodos de recuperación y “normalidad”. Durante ellos es cuando debe diagnosticarse la estructura psicótica, que puede resultar imposible de explorar durante el fuego de la crisis. Para perfilar dicha estructura debemos fijarnos, primero, en la cualidad de los temores nucleares del paciente, que habrán de ser básicamente de soledad, culpa, vacío existencial, indignidad y pérdida de objeto. Miedos diferentes de los propiamente neuróticos, basados en fobias y obsesiones en torno al temor a la muerte y a la pérdida del amor. Y también distintos a los miedos de fragmentación, perjuicio, robo e invasión propios de la esquizofrenia y la paranoia.

En segundo lugar, exploraremos el tipo de relaciones afectivas que establece, que son adherentes,



asimétricas, simbióticas e inestables, y a menudo se sitúan en posiciones extremas entre la dependencia y el despego indiferente. Casi siempre se muestran ambivalentes y cargadas de una disfrazada agresividad. Este tipo de relación anaclítica contrasta con las relaciones más maduras, autónomas y simétricas de la neurosis, y se distancia del mundo autista y persecutorio del resto de las psicosis.

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Desde el punto de vista psicopatológico, las diferencias deben establecerse con los trastornos afectivos así como con el resto de las psicosis. Sin embargo, si atendemos a las clasificaciones actuales, vemos que la psicosis maniaco-depresiva, que intentamos aquí recuperar como la expresión más grave de la melancolía, se haya disuelta entre el trastorno bipolar y las depresiones –en especial en la especificación psicótica y melancólica de la depresión mayor–. Esta variación de los manuales responde únicamente a una mera descripción, dejando de lado lo que resulta imprescindible en cualquier diagnóstico clínico, esto es, la diferenciación estructural entre la condición neurótica o psicótica de los síntomas.

▶ Por esta razón, debemos insistir en establecer tres diagnósticos diferenciales de la melancolía: con la depresión, con los trastornos bipolares y con el resto de las psicosis funcionales.

5.1. DEPRESIÓN

Ha sido reconocida, desde los años setenta del siglo pasado, como el malestar por excelencia de la sociedad. Freud aún comentaba, en “Duelo y melancolía”, “es también muy notable que jamás se nos ocurra considerar el duelo como un estado patológico y someter al sujeto afligido a tratamiento médico”. Sin embargo, una sociedad cada vez más intolerante con el sufrimiento y la frustración, y un discurso médico gradualmente más positivista, han permitido la paulatina desaparición de las formas normales de tristeza y su sustitución por trastornos depresivos a los que con suma facilidad se califica de “mayores”, como antes se hacía a favor de las “depresiones endógenas”. En cambio, los denominados trastornos depresivos “menores” o los “breves recidivantes”, que son lógicamente los más numerosos, quedan desplazados en la clasificación más extendida –DSM IV-TR– dentro

de los “no especificados” como formas marginales y, por lo tanto, infrecuentes. Este movimiento artificial de agravamiento se completa con otro paralelo de simplificación, como se constata en la maniobra por la cual las formas psicóticas de depresión se diluyen y quedan incluidas también en el trastorno depresivo mayor como una simple especificación adicional, bien como criterio de psicosis, en el caso de aparecer ideas delirantes congruentes y alucinaciones visuales, o bien como forma melancólica si la tristeza es cualitativamente distinta, hay un empeoramiento matutino y la culpabilidad es inapropiada o excesiva. De este modo, la psicosis se presenta como una simple adjetivación de la depresión, no como algo sustantivo.

▶ Sin embargo, pese a estos intentos reduccionistas, que sólo buscan una unidad de tratamiento y ampliar la población susceptible de seguirlo, hay que diferenciar la depresión estrictamente psicótica, tal y como la hemos descrito, de las depresiones neuróticas, ya sean de origen histérico, obsesivo o por simple agotamiento. Aún cuando entendamos que los límites son a menudo borrosos y variables, en estos casos la depresión, en vez de psicótica, no será más que una manifestación clínica de la neurosis que la soporta.

Para empezar debemos destacar las formas histéricas de depresión pues, sin duda, dominan actualmente el campo psicopatológico. A favor de su frecuencia cuentan con la gran capacidad de la histeria para colocarse allí donde puede asegurarse la mirada y el beneplácito de la sociedad. Además, la depresión supone un recurso psicológico óptimo para dar cabida a la queja y la recriminación que identifican todo lo histérico. Ahí la histeria puede reencontrarse con alguna de sus cualidades más notables: con su capacidad para disfrazar y simultáneamente llamar la atención; con la exhibición del dolor al margen de cualquier responsabilidad subjetiva sobre su origen; con su habilidad para combinar a la perfección goce e insatisfacción, genio para sufrir y gusto por desagradar o rivalizar. La histeria, como reina de las neurosis, puede enmascararse en prácticamente toda la psicopatología por lo que, en ocasiones, algunas de sus depresiones pueden hacer dudar al clínico sobre su posible naturaleza psicótica.

Por su parte, los rasgos obsesivos están también muy presentes en la personalidad del maniaco depresivo,



también pueden surgir los elementos melancólicos en el momento en que remite una crisis, en la llamada melancolía post-esquizofrénica. Ésta se puede interpretar, si se tiene una concepción naturalista de las psicosis, bajo el modelo de una patología dual, considerando que el psicótico ha padecido dos enfermedades distintas pero sucesivas. En otro caso, cabe entender que, por efecto de un tratamiento demasiado enérgico, el esquizofrénico o el paranoico han perdido de golpe su mejor arma frente el vacío, es decir, el trabajo delirante, y no cuentan ya con nada que lo sustituya, salvo el abatimiento neuroléptico que le empuja a la inhibición melancólica. Recordemos el comentario de Brierre de Boismont (1797-1881): “¡Qué lástima que las medicaciones que disminuyen la agitación y el insomnio favorezcan el estupor!”.

Como tercera y última posibilidad, podemos entender que, desprovisto del recurso del delirio, el psicótico vuelve a su inhóspita realidad, es decir, a la soledad y la ausencia que le definen, lo que nos permite pensar que todos los psicóticos son, en el fondo, melancólicos.

➡ De este modo, la melancolía sería una psicosis entre las otras, con una identidad específica, la psicosis maníaco-depresiva, y, a la vez, el acompañante imprescindible de todas, como si en este caso fuera la base y el denominador común de toda la estructura psicótica. Así las cosas, la melancolía retoma su primigenio valor universal, pues se extiende por todas las psicosis del mismo modo que lo hace por el resto de las formas de tristeza, desde las más normales a las más neuróticas; como un continuum gradual que en cada momento hay que diferenciar.

6. TRATAMIENTO

Suele decirse que el verdadero ejercicio de nuestra práctica clínica no desemboca en el diagnóstico, sino que comienza tras éste. Tales afirmaciones, inspiradas en la importancia de la práctica social y comunitaria, ahora tan olvidada, no dejan de ser también ciertas en el caso de la melancolía. Sin embargo, el hecho de que ésta, hoy en día, ni tan siquiera se considere una categoría clínica, dificulta en gran medida el planteamiento terapéutico. En nuestra opinión, las malas consecuencias derivadas de desplazar la melancolía con diagnósticos

como “trastorno bipolar” o “depresión mayor” pueden empezar por ser farmacológicas. Errores que lamentablemente impiden, además, la verdadera comprensión de los pacientes, pues cierran el oído del clínico, que pasará a preocuparse sólo de que exista una “buena adherencia”, con suerte apoyada en un “programa de psicoeducación” que les enseñe quiénes son realmente.

El tratamiento del melancólico podemos dividirlo en el apaciguamiento de las crisis, por un lado, y el trabajo en los periodos de estabilidad, por otro. Los momentos de acusada sintomatología melancólica, en los que la angustia, la tristeza infinita y el dolor moral se sitúan en primer plano, en tanto que las ideas de muerte constituyen el mayor riesgo para el paciente, suelen beneficiarse de tratamientos basados en antidepresivos y moderadas dosis de neurolépticos, que mejoren el sueño, la agitación y frenen las determinaciones suicidas motivadas por la desesperación y el nuevo efecto desinhibidor. De este modo, podemos combinar un antidepresivo serotoninérgico o noradrenérgico (paroxetina o venlafaxina, por citar algunos) con neurolépticos sedativos (quetiapina u olanzapina).

El abordaje de las crisis maníacas, siempre más complicado por la sensación de alivio y falta de malestar que impide muchas veces la aceptación de psicofármacos, debe comenzar por retirar cualquier antidepresivo prescrito y seguir, bajo los mismos principios que en las crisis melancólicas, por añadir neurolépticos sedativos, ahora a dosis relativamente mayores. Una vez apaciguada la fase aguda, que puede ser subsidiaria o no de ingreso, según el riesgo que conlleve, el apoyo familiar, la disposición de los equipos de salud mental o la contención que nace de la transferencia, la labor del clínico descansa en el mejor conocimiento del paciente para comprender las raíces de su malestar, evitar futuras descompensaciones o hacerlas menos dolorosas cuando surjan.

➡ En cualquier caso, no debemos olvidar que la melancolía responde a un vacío permanente y mucho más profundo del que pueden experimentar los neuróticos. Responde a una pérdida irreparable que no puede ser contenida sólo con psicofármacos y que, cuando llega a nosotros, el melancólico ha ido salvando como ha podido. Lo ha hecho, por ejem-

plo, sublimando su agresividad o cubriendo la soledad con espíritu creativo: recordemos la tradicional relación entre la melancolía y el espíritu artístico. O bien, como antes se ha expuesto, recurriendo a mecanismos marcadamente obsesivos o excéntricos –tareas de evitación, meticulosidad o escrupuloso coleccionismo–, que pueden ser hasta irritantes para los demás, pero que no debemos dejar de interpretar como auténticas defensas ante esa “nada” que

habita. Además, su inactividad, su falta de empatía, su incapacidad para la relación con los demás son, como en el resto de las psicosis, factores potencialmente aislantes y estigmatizadores frente a la sociedad, por lo que el cambio gradual e individual de su situación social y laboral, o el progresivo aumento en el ejercicio psicoterapéutico de diálogo, pueden convertirse en nuevos pilares de ese puente sobre el abismo que el melancólico necesita construir.

RECOMENDACIONES CLAVE

La melancolía no debe ser confundida con el trastorno bipolar ni con la depresión mayor.

Lo primero que conviene discriminar es si el cuadro depresivo es neurótico o psicótico.

Debemos entender que los síntomas melancólicos pueden acompañar a cualquier otra sintomatología psicótica.

7. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Ey H. Estudios psiquiátricos. Vol. 2. Buenos Aires: Polemos. 2008:129-215.

Freud S. Duelo y melancolía. En Obras Completas. Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu. 1986:235-55.

Klein M. El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos. En Obras Completas. Vol II. Buenos Aires: Paidós. 1975:279-303.

Klibansky R, Panofsky E, Saxl F. Saturno y la melancolía. Madrid: Alianza. 1991 .

Tellenbach H. La melancolía. Visión histórica del problema: endogeneidad, tipología, patogenia y clínica. Madrid: Morata. 1976.

8. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Álvarez JM. La invención de las enfermedades mentales. Madrid: Gredos. 2008.

Castilla del Pino C. Psicosis afectivas. En: Introducción a la psiquiatría. Vol. 2. Madrid: Alianza. 1980: 126-60.

Cotard J, Séglas J. Delirios melancólicos: negación y enormidad. Madrid: Ergon. Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga. 2008.

Olié JP, Ardí P, Akiskal H, Féline A, Gorog F, Loo H, et al. Psicosis maniaco-depresivas. Encicl Méd Quir (Elsevier, Paris). Psiquiatría, 37-220-A-10. 1990:32.

Swain G. Permanencia y transformación de la melancolía. En Diálogo con el insensato. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2009:163-177.





34. DEPRESIÓN Y DISTIMIA



Autores: Federico Cardelle Pérez y Teresa Lorenzo Gómez
Tutora: Elena de las Heras Liñero
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra

I DEPRESIÓN UNIPOLAR

CONCEPTOS ESENCIALES

La depresión es un trastorno con una elevada prevalencia en nuestro medio.

Es susceptible de un abordaje combinado psicoterapéutico y farmacológico.

Debería encuadrarse dentro de la patobiografía del paciente, más allá de la psicopatología existente.

1. EPIDEMIOLOGÍA

El trastorno depresivo mayor tiene una elevada prevalencia, 5% anual en la población general; 15 % de por vida. Si bien en un porcentaje alto de casos no llega a la consulta de psiquiatría (sólo el 10%). Esta prevalencia es mayor en mujeres que en hombres (hasta 2:1), las tentativas de suicidio en general son más frecuentes en mujeres, si bien el suicidio consumado lo es en varones. La media de edad de aparición se sitúa en los cuarenta años.

Como algunos factores de riesgo apuntaremos la pobreza, enfermedades crónicas (físicas y mentales), consumo de alcohol-tabaco, circunstancias laborales adversas, estado civil, estrés crónico, antecedentes familiares de depresión, rasgos desadaptativos de la personalidad, trastornos de ansiedad, migraña.

2. ETIOPATOGENIA

Siguiendo el modelo de otras patologías (p.ej., cardiopatía isquémica), hoy en día podemos considerar que sobre una carga genética determinada, propia del individuo, actúan una amplia serie de factores a lo largo de la vida que en un momento determinado pueden devenir en la aparición de síntomas depresi-

vos. Podemos considerar que existe un umbral condicionado por la carga genética y las experiencias tempranas que a su vez condicionan una estructura de personalidad determinada con unos mecanismos de defensa propios. Todo ello determinará la posibilidad de aparición de síntomas depresivos al interactuar con factores ambientales.

2.1. FACTORES BIOLÓGICOS

Una de las explicaciones fundamentales y con correspondencia directa con los tratamientos biológicos que se han mostrado eficaces en la depresión, es la teoría de disregulación heterogénea de neurotransmisores (monoaminas), en torno a un déficit de transmisión a nivel de sinapsis neuronal serotoninérgico, noradrenérgico o dopaminérgico; explicación refrendada por la mejoría clínica que se produce al incidir aumentando la neurotransmisión a estos niveles. Otros factores neuroquímicos implicados son los sistemas de los neurotransmisores GABA y glutamato, que regulan la excitabilidad neuronal (de forma inhibitoria y excitatoria, respectivamente), y el papel en boga y aún escasamente conocido de los segundos mensajeros más allá de la sinapsis neuronal (condicionarán a nivel nuclear la expresión de unos péptidos o proteínas determinadas, que a su vez ten-



drán un efecto a nivel del sistema nervioso central). Todo esto se ve afectado asimismo por mecanismos de regulación neuroendocrina. Desde la neurofisiología se propone la hiperactivación neurofuncional asociada a disfunción vegetativa, con alteraciones en los ciclos del sueño y la participación de factores lumínicos en relación al núcleo supraquiasmático. También se ha resaltado la implicación de estructuras neuroanatómicas determinadas como el córtex prefrontal (funciones ejecutivas), el sistema límbico, ganglios basales e hipocampo.

La probabilidad de trastorno depresivo mayor es de dos a diez veces más frecuente en familiares directos de sujetos índice respecto a controles, y la concordancia en gemelos monocigóticos es del 50%, siendo en dicigóticos del 10 al 25%; todo esto refuerza la importancia de estos factores biológicos. El conocimiento de estos factores a día de hoy sigue siendo bastante difuso.

2.2. FACTORES PSICOSOCIALES

Circunstancias vitales y estrés ambiental: algunos acontecimientos que se han relacionado son: fallecimiento progenitores en edades tempranas, abusos, pérdida cónyuge, desempleo, ausencia de soporte social.

Factores de personalidad: existiría mayor vulnerabilidad a síntomas depresivos en personalidades anancásticas, histriónicas o límites respecto a otras estructuras.

Teorías cognitivas: relacionada con distorsiones cognitivas en personas proclives a la depresión (por mediación de esquemas depresógenos, moldes cognitivos que originarían percepciones alteradas de datos por experiencias tempranas del sujeto).

Teorías conductuales: por mecanismos de indefensión aprendida; una serie de acontecimientos externos adversos. Una serie de factores causales internos conllevarían la pérdida de autoestima.

Teorías psicodinámicas: ante la vivencia de una pérdida, real o imaginaria, el yo claudica ante la misma (clásico aforismo de que “la sombra del objeto cae sobre el yo”). La libido anteriormente fijada en el objeto se ve desprovista del mismo, produciendo-

se la introyección de este objeto ausente. Al existir afectos ambivalentes de amor-odio, la ira se dirigiría hacia el propio individuo, en relación a este objeto introyectado.

3. CLÍNICA

A continuación se exponen una serie de síntomas clínicos que pueden darse en la depresión. Hay que tener en cuenta que pueden aparecer en un número y grado variable en cada paciente y que tienden a ocultar la sintomatología por diferentes motivos. El poder contar con la información y cooperación de terceros resulta útil para el enfoque diagnóstico y terapéutico (mecanismos de defensa del paciente, aspectos culturales, conciencia del trastorno...). La exploración no tiene que convertirse en un *interrogatorio* sino que en el propio discurso y contacto del paciente se harán patentes muchos de estos ítems en el momento de realizar la historia clínica. Después se podrán realizar las preguntas cerradas (dirigidas) necesarias para afinar ciertos aspectos psicopatológicos que no hayan quedado suficientemente claros. Es importante precisar desde cuándo existen los síntomas (no es lo mismo por ejemplo unas quejas de veinte años de evolución de apatía subsindrómica que un cuadro brusco de dos meses de evolución con claudicación del individuo).

➡ Considerar como síntomas nucleares la tristeza vital y anhedonia (incapacidad o disminución de disfrute de actividades previamente placenteras).

➡ Es fundamental diferenciar entre tristeza vital normal y tristeza vital patológica. Se marca esta diferencia valorando la afectación sociolaboral existente y la desproporción entre el estímulo desencadenante identificable e intensidad y duración de los síntomas presentes. Los procesos de duelo no deben confundirse con cuadros depresivos sin más porque la actitud psicoterapéutica y farmacológica es diferente. El contacto del paciente depresivo tiene una serie de características posibles como la *facies* triste, una apariencia descuidada, un curso bradipsíquico, disminución de la reactividad en entrevista; o incluso mantener una actitud irritable con el entrevistador. Puede aparecer inhibición psicomotriz y más raramente agitación, más propio de las melancolías involutivas y ancianos, y puede dar lugar a dificultades diagnósticas.

Entre los síntomas somáticos destaca el insomnio, de conciliación (suele relacionarse con trasfondo ansioso, reactivo) o de mantenimiento (el despertar precoz es propio de la depresión melancólica), la disminución del apetito y peso, la disminución de la libido y la astenia o anergia. Como síntomas afectivos, además de la anhedonia, aparecen la apatía (desinterés por el medio), la abulia (falta de iniciativa para emprender actividades), la desesperanza vital y la irritabilidad (en ocasiones es lo que predomina, y puede ser compartida por cuadros hipomaniacos). Entre los síntomas cognitivos; es frecuente el déficit en atención/concentración. Sobre la ideación suicida, se debe explorar la existencia de ideas de muerte (al paciente no le importaría desaparecer) frente a ideas suicidas estructuradas o no (considerando grado de planificación, método considerado, y factores protectores).

↑ Siempre se debe explorar este aspecto clínico, el hecho de hablar de suicidio con el paciente no va a aumentar el riesgo, pudiéndose explorar con preguntas en forma escalonada (pérdida del sentido de la vida, ideas pasivas de muerte, ideas de autolisis). Son factores de riesgo el sexo masculino, la edad avanzada, la falta de apoyo sociofamiliar, el abuso de alcohol y otras drogas, las tentativas previas y la existencia de síntomas psicóticos (ruina, culpa). Debemos considerar la hospitalización cuando no haya garantías de contención a nivel ambulatorio.

➤ Es preciso tener en cuenta que hasta el 15% de melancólicos termina por suicidarse, como parte de la evolución de esta patología. Pueden aparecer ideas obsesivoides, con características propias de ideas obsesivas (intrusas, parásitas, crítica de las mismas y resistencia, con sufrimiento psíquico), siendo en este caso secundarias al estado de ánimo. También es posible la existencia de ideas de ruina, culpa, hipochondríacas; con mayor o menor penetrancia psíquica.

➤ Éstas alcanzarán rango delirante en ciertas depresiones melancólicas; congruentes o no con el estado de ánimo depresivo (rango delirante conlleva convicción absoluta, sostenidas con resistencia a toda argumentación lógica, sin poder explicarse éstas desde el punto de vista cultural).

Históricamente se han realizado distintas clasificaciones sobre la depresión, teniendo en cuenta diversos aspectos.

Resultan unas más útiles que otras en función de que orienten hacia una actitud terapéutica determinada. Así, podrían dividirse según la causa en endógenas o exógenas, según los síntomas existentes en neurótica o psicótica, según su curso clínico en función de la evolución de los síntomas, según su gravedad considerando el número de síntomas al estilo del DSM IV y CIE 10. A continuación se proponen algunas agrupaciones sindrómicas que pueden ser útiles, siendo clínicas y meramente orientativas:

↑ Depresión endógena (melancólica): predominio matinal de ánimo bajo, insomnio de mantenimiento, anhedonia más marcada, carga genética mayor, antecedentes personales y familiares, ritmo estacional primavera-otoño, más inhibición psicomotriz, posibles síntomas psicóticos, mayor riesgo de suicidio, clásicamente respuesta a tricíclicos, propias de fases depresivas dentro de trastorno bipolar.

↑ Depresión reactiva (neurótica): empeoramiento vespertino del ánimo, insomnio de conciliación, mayor componente ansioso en general, factor desencadenante asociado con más claridad, más rasgos desadaptativos de la personalidad, mayor importancia de psicoterapia.

➤ Depresión atípica: diferentes acepciones, en general se aplica a aquellas con síntomas vegetativos invertidos a lo habitual, hipersomnia en lugar de insomnio, hiperfagia en lugar de disminución del apetito.

➤ Depresión enmascarada (equivalente depresivo): aquella en la cual predominan los síntomas somáticos sobre los síntomas depresivos clásicos (cefalea, algias varias, molestias gastrointestinales...). Tiene una alta prevalencia.

4. DIAGNÓSTICO

Los criterios diagnósticos están especificados en CIE 10 y DSM IV. En los mismos se califican los episodios depresivos en función del número de síntomas, de menor a mayor gravedad, a diferencia de las clasificaciones más clínicas o fenomenológicas que expusimos previamente. Esto implica calificar un episodio depresivo como leve, moderado o grave y con o sin síntomas psicóticos.

↑ Existen diferentes escalas para evaluar la depresión (Hamilton, Beck), teniendo dichas escalas un



valor orientativo y en todo caso útiles para investigación. Estas escalas en ningún caso deberían sustituir el diagnóstico clínico, que se basa en la entrevista clínica. Identificar una serie de síntomas diana determinados permite orientar la terapéutica en torno a los mismos y su curso (psicoterapia, perfiles farmacológicos).

Más que reunir una serie de ítems hasta llegar a una etiqueta codificada que permita llevar a un tratamiento determinado, debemos ir más allá, escuchar genuinamente al paciente y encuadrar su sintomatología en su patobiografía, en lugar de seguir de forma rígida el modelo médico más ortodoxo (¿qué sabemos de la persona que tenemos delante, además de la lista de elementos psicopatológicos?). Las clasificaciones tienden a cambiar periódicamente, sin embargo las descripciones clínicas persisten; y sobre todo cada paciente es único. La ventaja que presentan las clasificaciones es que permiten llegar a un entendimiento entre terapeutas de distinta orientación, de todas formas este sistema categorial de clasificación actual presente en dichos DSM y CIE está en discusión, planteándose el modelo dimensional que posiblemente se pueda ir introduciendo en las sucesivas ediciones.

Sobre las pruebas complementarias disponibles, hoy día estamos lejos de que tengan un valor diagnóstico. Partiremos de la solicitud de una analítica general incluyendo hormonas tiroideas. Las pruebas de neuroimagen se realizarán en casos de deterioro cognitivo así como en aquéllos en que los síntomas se presenten o evolucionen de forma atípica (instauración brusca, curso fluctuante, afectación del nivel de conciencia, mala respuesta terapéutica).

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Fundamentalmente podrían aparecer dificultades en relación a diferentes entidades clínicas, que se reflejan en la tabla 1.

6. POBLACIONES ESPECIALES

6.1. INFANTO-JUVENIL

En la edad infantil la presentación clínica de la depresión tiene características atípicas (fobia escolar, mal rendimiento escolar, irritabilidad, conducta antisocial, abuso de sustancias...). El tratamiento inicial debe ser la psicoterapia, mostrándose efi-

Tabla 1 Diagnóstico diferencial de la depresión.

<ul style="list-style-type: none">– Enfermedades médicas: anemia, hipotiroidismo, enfermedad de Addison, lupus eritematoso sistémico, epilepsia, diabetes, hepatitis, mononucleosis (adolescentes), neumonía (ancianos), demencia, ACV, VIH, neoplasias.– Fármacos: glucocorticoides sistémicos (también pueden inducir manía), anticonceptivos orales, interferón, cardiológicos y antihipertensivos, antirretrovirales, antibacterianos, antimicóticos, antineoplásicos, antiparkinsonianos, anticonvulsivantes, neurolépticos, estimulantes y anorexígenos, analgésicos y antiinflamatorios, anticolinesterásicos, sedantes en general.	<ul style="list-style-type: none">– Trastornos de angustia/ansiedad: los estados de ansiedad mantenidos acaban llevando a síntomas depresivos.– Pseudodemencia depresiva/demencia: en cuadros demenciales el paciente suele negar, minimizar o tratar de ocultar los déficits, frente al predominio de quejas cognitivas del depresivo.– Trastornos obsesivos: la diferencia se encuentra en la aparición de las ideas obsesivas en edades más tardías, el carácter episódico de las mismas y su desaparición cuando mejora el cuadro afectivo.– Esquizofrenia: dificultad en el DD en el caso de existencia de síntomas negativos (abulia, aplanamiento afectivo, alogia) en un primer episodio psicótico en pacientes jóvenes, en el cual no se dé esta productividad.
---	---

caces la terapia cognitivo conductual, interpersonal y familiar, y en casos graves el tratamiento combinado con antidepresivos. Pese a la controversia respecto al empleo de estos fármacos en este grupo de edad en relación al riesgo suicida, revisiones posteriores apuntan a que el beneficio superaría el riesgo potencial. El antidepresivo de elección y con autorización por la agencia española del medicamento sería la fluoxetina, aunque otros inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS) también han mostrado eficacia (sertralina, citalopram, escitalopram).

6.2. GESTANTES

Valorar el riesgo-beneficio de forma individualizada, ofreciendo información y alternativas a la paciente implicándola en la toma de decisiones. Durante el primer trimestre existiría en general para cualquier fármaco utilizado un riesgo de teratogénesis y de efectos sobre el neurodesarrollo, pero en cuanto a los antidepresivos como grupo no se ha detectado un aumento en malformaciones mayores asociadas (excepto una advertencia relacionada con la paroxetina, relacionada con defectos en el septo atrio-ventricular en el feto), sí una tendencia a menor peso al nacer y a distrés respiratorio del recién nacido. Además de los antidepresivos y la psicoterapia, valorar la posibilidad de TEC. La fluoxetina sería el considerado como más seguro de su clase.

6.3. LACTANCIA

Todo fármaco antidepresivo en mayor o menor medida se excreta en leche materna. Valorar con la paciente, ofrecer apoyo psicoterapéutico y si es preciso tratar farmacológicamente, valorar conjuntamente con la madre suspender la lactancia materna. Nortriptilina, sertralina y paroxetina tendrían los menores niveles de excreción.

6.4. ANCIANOS

También pueden presentar características atípicas que enmascaren el diagnóstico (manifestaciones somáticas). Suelen tener medicaciones concomitantes además de un metabolismo deficitario por lo que hay que poner atención a la tolerabilidad y a las interacciones. Valorar siempre si existe deterioro cognitivo.

7. TRATAMIENTO

7.1. PSICOTERAPÉUTICO

La actitud psicoterapéutica debe plantearse ante cualquier cuadro depresivo, de alguna manera está (o debería estar) implícita en mayor o menor medida en cualquier acto con fines terapéuticos. Si bien las terapias psicológicas son consideradas un tratamiento eficaz de los trastornos depresivos sobre todo las diseñadas específicamente, el hecho de comparar los distintos enfoques terapéuticos entre sí tiene evidentes limitaciones, fundamentalmente a la hora de cuantificar entre otros la efectividad del psicoterapeuta con una técnica determinada (formación, experiencia, habilidades propias del terapeuta...intangibles). Este hecho es más notable en el caso de terapias de orientación dinámica. De los estudios realizados las de mayor evidencia científica (dentro de las limitaciones citadas) serían la terapia cognitivo-conductual y la interpersonal, que han mostrado eficacia en las depresiones de carácter leve y moderado, y en combinación con antidepresivos en las graves. En general, las terapias conductistas se centrarían en el aprendizaje de sentido de control y manejo del entorno mediante el uso de reforzamiento positivo; las terapias cognitivas en la reformulación de distorsiones cognitivas; en la terapia interpersonal la focalización en problemática interpersonal actual en relación a relaciones disfuncionales tempranas; mientras que las terapias de orientación psicoanalítica irían hacia la comprensión del síntoma y sus motivaciones inconscientes.

7.2. FARMACOLÓGICO

El empleo de antidepresivos para el tratamiento de los trastornos depresivos se generalizó a partir de los años 50. Existen varios grupos de antidepresivos, entre los cuales se encuentran los antidepresivos heterocíclicos y afines, los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los antidepresivos noradrenérgicos y los de acción dual etc... Para más detalle sobre los mismos remitimos al capítulo correspondiente. De los estudios en los que se ha comparado la eficacia entre los antidepresivos tricíclicos, los ISRS y otros nuevos antidepresivos se concluye que no existen diferencias de forma general entre ellos, pese a que en algunos trabajos se obtuvieron diferencias estadísticamente



significativas a favor de los tricíclicos, venlafaxina y escitalopram, su significado clínico es incierto o no relevante. Una opción correcta sería emplear aquellos que a igualdad de efectividad tuviesen un menor perfil de efectos adversos, mejor tolerabilidad y menor potencial de toxicidad ante sobredosis. Antes de iniciar tratamiento es preciso recoger episodios previos, edad de inicio, duración, tratamiento utilizado previo, patología médica asociada y tratamientos concomitantes por riesgo de interacciones.

➡ En la elección, además de la clínica actual, será fundamental considerar los antecedentes personales y familiares de éxito en tratamiento con un fármaco determinado, lo que lo convertiría en un tratamiento de primera elección.

➡ En general, debemos utilizar un fármaco a dosis suficiente y durante el tiempo necesario antes de considerar su falta de efectividad. El tiempo mínimo para considerar falta de efectividad en el caso de los antidepresivos es de cuatro a seis (u ocho) semanas, hecho que debe ser conocido por el paciente (en el sentido de que no será un efecto inmediato con un periodo de latencia de unas dos semanas). En caso de mejoría parcial, considerar un escalado hasta la dosis máxima terapéutica. Pero si en dos a cuatro semanas no se aprecia mejoría alguna sobre síntomas diana, considerar otras estrategias como cambio de antidepresivo, asociación racional de un segundo fármaco antidepresivo, o estrategias de potenciación (litio y hormona tiroidea las de mayor evidencia; olanzapina). En caso de combinación, atención al riesgo de desarrollo de hipomanía farmacógena y de síndrome serotoninérgico (variable: ansiedad, confusión, inquietud o agitación psicomotriz, temblor, incoordinación, mioclonías, riesgo de mortalidad). En caso de fracaso de varias líneas terapéuticas, considerar un antidepresivo IMAO (con el riesgo crisis hipertensivas graves con tiramina).

Ante un paciente que no responde al tratamiento siempre reevaluar, verificando cumplimiento en dosis adecuada y el tiempo necesario (debe explicarse con claridad al paciente el tratamiento desde el inicio, facilitándole una nota comprensible con el nombre, dosis, tomas diarias y tiempos, siempre reescribir en caso de ajustes), considerando a continuación diagnóstico diferencial (incluyendo causas somáticas).

➡ Los secundarismos se pueden minimizar iniciando con dosis bajas durante los primeros días y con escalada posterior, informando sobre su posible aparición (información más concisa quizás con pacientes obsesivos), que no tiene por qué conllevar la retirada prematura del fármaco). Son más leves con ISRS (de tipo gastrointestinal, cefalea, inquietud) con diferencias entre ellos, mientras que los antidepresivos tricíclicos presentan más efectos adversos por bloqueo muscarínico, adrenérgico e histaminérgico; boca seca, retención urinaria, estreñimiento, hipotensión, sedación y aumento de peso. La mayoría pueden inducir disfunción sexual, siendo el bupropion una opción alternativa.

➡ Tras la remisión, en un primer episodio el tratamiento antidepresivo de mantenimiento, a dosis efectiva, debe mantenerse entre seis (mínimo) y doce meses (riesgo de recaída), en función de la evolución del paciente. Esto debería realizarse a la misma dosis efectiva con la cual se obtuvo la remisión.

➡ Tras el segundo episodio se debería plantear el tratar al menos durante dos años. La retirada debería ser lenta por el riesgo de síndrome de discontinuación (ansiedad, inquietud psicomotriz), sobre todo con fármacos de vida media corta (p. ej., paroxetina). Los pacientes deberían conocer que los antidepresivos no crean dependencia, no necesariamente implican un tratamiento de por vida y no generan tolerancia (su efectividad no tiene por qué decrecer con el paso del tiempo). El cumplimiento debe ser diario. El fármaco no resolverá los problemas vitales del paciente, pero contribuirá en su reducción de sufrimiento.

➡ El uso de benzodiacepinas debe plantearse sólo por un tiempo limitado. Se recomienda evitar benzodiacepinas con perfil de posible dependencia (p. ej., alprazolam, de alta potencia y vida media corta), sobre todo en pacientes de riesgo. Pueden causar confusión en ancianos así como efectos paradójicos, por lo que en general en este grupo deberían evitarse (debido a su metabolización lenta; en todo caso, utilizar lorazepam).

7.3. TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC)

Se podría considerar en primera línea en situaciones agudas de alto riesgo suicida o pacientes gravemen-

te deteriorados. Cuenta con efectividad potencial en plazo más corto que los antidepresivos. Indicada en depresiones graves o resistentes, altamente inhibidas, antecedente de buena respuesta, contraindicación para uso de fármacos, debe considerarse una opción en pacientes gestantes. Atención si existen lesiones intracraneales ocupantes de espacio, alteraciones cardiovasculares recientes, tratamiento con IMAO o litio, por su riesgo para la anestesia general. Es más efectiva una TEC bilateral. Valorar el riesgo de efectos secundarios cognitivos, que en teoría remiten a los seis meses. Siempre debemos

obtener el consentimiento informado, y plantearlo como una posibilidad de elección si así lo desea el paciente.

Respecto a otros tratamientos propuestos, su efectividad en general es más inconsistente. Incluyen la privación de sueño, la fotoestimulación, la estimulación magnética transcraneal, la estimulación cerebral profunda, otros remedios químicos como la hierba de San Juan o el triptófano. El ejercicio físico también es recomendable en todo paciente con depresión.

II DISTIMIA

CONCEPTOS ESENCIALES

La distimia clásicamente se ha conceptualizado como neurosis depresiva

Se trataría de un cuadro subdepresivo y con tendencia a curso crónico

Se puede entender en torno a una estructura de personalidad de base neurótica

8. EPIDEMIOLOGÍA

Resulta difícil estimar su prevalencia, que los estudios sitúan en torno al 5-6% de la población general (prevalencia/vida), puntualmente en torno al 3%. Más frecuente en mujeres solteras, jóvenes, de menores ingresos.

9. ETIOPATOGENIA

En muchos casos ya se aprecian dificultades para adaptarse a la adolescencia y a la edad adulta joven.

10. CLÍNICA

Depresión prolongada de estado de ánimo que nunca, o muy rara vez, es lo suficientemente intensa como para satisfacer las pautas para trastorno depresivo recurrente. En caso de llegar a cumplirse en un momento dado criterios para un episodio depresivo bien diferenciado sobre la misma, hay quien propone el término de “depresión doble”. La distimia suele comenzar al iniciarse la edad adulta y evoluciona a lo

largo de varios años, o bien es de duración indefinida, con un estado de ánimo subdepresivo de forma persistente y durante la mayor parte del día. Se puede considerar que correspondería más a una estructura de personalidad de base neurótica. Cuando los cuadros distímicos se asocian a personalidades de rasgos histriónicos, lo cual es relativamente frecuente en la práctica clínica, el enfoque terapéutico y las expectativas del mismo se ensombrecen.

11. DIAGNÓSTICO

Los criterios diagnósticos están especificados en las clasificaciones internacionales vigentes como la CIE-10 y el DSM IV-TR. Reiteramos lo expuesto en el capítulo previo.

12. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

➡ Respecto a la distimia (neurosis depresiva), la queja acerca de los síntomas depresivos no se podrá



circunscribir en el tiempo, sino que será de larga evolución, posiblemente con varios tratamientos previos y dificultades para señalar periodos “asintomáticos”. Deberá tenerse en cuenta a la hora de exponer las limitaciones terapéuticas, pues al contrario que un episodio depresivo los síntomas forman parte de la estructura de personalidad del paciente, en consecuencia, persistirán en mayor o menor grado.

13. TRATAMIENTO

Remitimos al capítulo sobre la depresión unipolar, pudiendo ser consideradas las opciones allí propuestas, si bien hay que considerar el curso clínico con tendencia a la cronicidad de la distimia que marcará algunas diferencias. Los antidepresivos uti-

lizados en depresión unipolar pueden serlo también en distimia, cobrando mayor importancia el enfoque psicoterapéutico.

➔ Independientemente del enfoque es importante establecer los objetivos terapéuticos desde la primera entrevista, dado el carácter estructural de dicha patología. Así se evitará crear expectativas no realistas acerca del mismo, pues en muchos casos se trata de patología de curso cronicado (lo cual no implica lógicamente que no se pueda beneficiar de un enfoque farmacológico y psicoterapéutico). Es preferible evitar la polifarmacia, asegurando un uso racional de la misma en lugar de responder a las quejas con la adición en forma repetida de un nuevo “remedio”, posiblemente insatisfactorio.

RECOMENDACIONES CLAVE

El diagnóstico de la depresión debe estar basado en la entrevista clínica.

Siempre explorar la presencia de ideación de muerte y de planes autolíticos.

La manifestación de la depresión en niños, adolescentes y ancianos pueden ser diferente a la de los adultos.

El tratamiento antidepresivo debe mantenerse un tiempo mínimo de 6 meses.

En la distimia es preciso establecer objetivos terapéuticos desde el inicio, para evitar polifarmacia y dar más relevancia al abordaje psicoterapéutico.

14. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson. 2002:575-9.

Taylor D, Paton C, Kerwin R, London and Maudsley NHS Trust, Oxleas NHS Foundation Trust. The Maudsley Prescribing Guidelines. 9ª ed. London: Informa Healthcare. 2007.

Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 6ª ed. Barcelona: Masson. 2006:435-45.

Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. 9ª ed. Madrid: Waverly Hispánica. 2004.

Psiquiatría clínica. 9ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2004:668-76.

Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. 10ª ed. Ginebra. 275-6.

15. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Grupo de trabajo sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto. Guía práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t) 2008.

S. Freud. Duelo y melancholia. Obras Completas. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1917.

Bazire S. Psychotropic drug directory: the professionals' pocket handbook and aide memoire. Salisbury: Fivepin Publishing Ltd. 2005.

Stahl SM. Stahl' essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications. Cambridge University Press. 2008.

Palomo T, Jiménez Arriero MA. Manual de psiquiatría. Madrid: Ene Life Publicidad S.A. 2009:325-43.





35. TRASTORNO BIPOLAR



Autores: Fátima Uribe Guinea e Iñaki Zorrilla Martínez
Tutoras: Margarita Sáenz Herrero y Purificación López
Hospital Santiago Apóstol. Vitoria

CONCEPTOS ESENCIALES

El trastorno bipolar es una de las enfermedades más graves, frecuentes y persistentes de los trastornos psiquiátricos.

Los episodios agudos requieren con frecuencia un ingreso al presentarse síntomas psicóticos y/o síntomas como riesgo suicida o aumento de la prodigalidad, promiscuidad sexual o consumo de tóxicos.

El litio sigue siendo el tratamiento de elección tanto en la manía aguda (con una respuesta del 80%), como en la depresión bipolar en la que hay que evitar el uso de antidepresivos por el posible viraje a fases maníacas.

1. EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO BIPOLAR

La prevalencia del trastorno bipolar tipo I se sitúa entre el 0,4 y el 1,6% de la población general, siendo igual para ambos sexos y entre grupos étnicos. Los episodios de manía son más frecuentes en varones y los depresivos en mujeres. La prevalencia del trastorno bipolar tipo II estaría en torno al 0,5 y 1,9% de la población, siendo más prevalente en mujeres. La edad de inicio del trastorno bipolar varía entre la infancia y los 50 años, con una edad media de 22 años. La demora del diagnóstico puede llegar a ser de hasta 10 años. El trastorno bipolar también puede comenzar entre pacientes ancianos, es menos frecuente y está relacionado con factores orgánicos.

La tasa de suicidio oscila entre el 10 y el 20%. Los pacientes con episodios mixtos son más proclives al suicidio que los pacientes con manía pura, ya que en ellos se combina la desesperanza de la depresión con la ansiedad, la disforia y la impulsividad. El riesgo de suicidio es mayor en los primeros 5-10

años de evolución de la enfermedad. Las variables asociadas serían el subtipo diagnóstico (manías mixtas), la existencia de episodios depresivos graves, consumo de tóxicos, los antecedentes familiares de trastornos afectivos, edad de inicio, la comorbilidad y los antecedentes de conducta suicida. Las cifras de abuso o dependencia de otras drogas se situaron en el 41%. Este abuso se ha relacionado con un peor pronóstico de la enfermedad.

2. ETIOPATOGENIA DEL TRASTORNO BIPOLAR

Existen múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales que desencadenarían la aparición del trastorno e influirían en la evolución del mismo.

2.1. FACTORES GENÉTICOS

Existe una tasa significativamente aumentada de trastornos del estado de ánimo, sobre todo trastorno bipolar, en los familiares de primer grado de sujetos



con trastorno bipolar. En los estudios con gemelos, la tasa de concordancia para el trastorno en gemelos monocigotos sería del 70-90%, y para dicigotos del mismo sexo, del 16-35%.

Los cromosomas 18q y 22q son las dos regiones que cuentan con las evidencias más potentes de ligamiento con el trastorno bipolar. Otras localizaciones relacionadas incluirían el cromosoma X, 21, 6 y 4.

2.2. FACTORES SOCIALES Y AMBIENTALES

Una de las teorías propuestas explica que el estrés que acompaña al primer episodio daría lugar a cambios de larga duración en la biología del cerebro. En consecuencia, la persona tendrá un riesgo elevado de presentar episodios posteriormente sin necesidad de un factor estresante externo. En cuanto a la personalidad se ha visto que pacientes con diagnóstico de distimia o ciclotimia tienen mayor riesgo de desarrollar en el futuro una depresión mayor o un trastorno bipolar tipo I.

2.3. FACTORES NEUROBIOLÓGICOS

Las fases agudas se acompañan de alteraciones que implican a diversas hormonas, neurotransmisores, segundos mensajeros y mecanismos de expresión genética intracelular, así como cambios en el metabolismo cerebral y en la densidad de los receptores. Como posible sustrato neurobiológico se ha propuesto la desregulación en la modulación del circuito prefrontal y del sistema límbico.

3. CLÍNICA DEL TRASTORNO BIPOLAR

Los dos patrones básicos de síntomas de los trastornos del estado de ánimo son la depresión y la manía.

3.1. EPISODIOS DEPRESIVOS

Ánimo deprimido y pérdida de interés o placer son los síntomas clave de la depresión. El 97% refieren falta de energía y dificultad para llevar a cabo las tareas. El 80% problemas de sueño, sobre todo despertar precoz. El apetito se puede ver disminuido o aumentado, y la ansiedad aparece hasta en el 90% de los sujetos. El 50% de los pacientes refieren mejoría de los síntomas conforme avanza

el día. Los síntomas cognitivos que suelen aparecer incluyen dificultad para concentrarse, bloqueo en el pensamiento y pobreza en el contenido del mismo. A la exploración se observa un retardo psicomotor generalizado, aunque también puede existir agitación psicomotriz, sobre todo en pacientes mayores. Pueden aparecer ideas delirantes congruentes con el estado de ánimo como ideas de culpa, ruina, pobreza e hipocondría. Los pacientes deprimidos habitualmente tienen una visión negativa del mundo y de sí mismos y presentan rumiaciones en torno a la culpa, suicidio, muerte.

3.2. EPISODIOS DE MANÍA

Un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable es el núcleo de un episodio de manía. Existe un riesgo elevado de consumo de tóxicos, sobre todo alcohol. Pueden darse conductas inadecuadas como gastos excesivos, desinhibición sexual y aumento de la impulsividad con un sentido de convicción y con un propósito definido. El 75 % de los pacientes presentan agresividad y se muestran amenazantes.

A menudo están preocupados por temas políticos, religiosos o persecutorios que evolucionan a sistemas delirantes complejos. Aparece excitación psicomotriz, taquipsiquia con verborrea, hiperactividad y disminución de las horas de sueño. Cuando el nivel de actividad es máximo, en el discurso aparecen asociaciones más laxas llegando a la fuga de ideas, con lenguaje incoherente. Las ideas delirantes aparecen hasta en el 75% de los maníacos. Pueden ser tanto congruentes como incongruentes con el estado de ánimo.

3.3. LA HIPOMANÍA

Sería un estado parecido a la manía pero algo más leve si lo situamos en un continuo de gravedad, puesto que no conlleva un deterioro del funcionamiento social o laboral importante; no se dan síntomas psicóticos como pueden aparecer en la manía, y no requiere hospitalización.

3.4. EPISODIOS MIXTOS

Se caracterizan por la aparición simultánea de sintomatología maníaca y depresiva. La forma más común es la "manía depresiva", que consiste en un cuadro

caracterizado por hiperactividad e inquietud psicomotriz, insomnio global, taquipsiquia y verborrea, combinadas con pensamiento depresivo, llanto y labilidad emocional e ideas de culpa frecuentemente delirantes, pero son posibles múltiples combinaciones de síntomas.

4. DIAGNÓSTICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL TRASTORNO BIPOLAR

4.1. DE LA POLARIDAD DICOTÓMICA AL ESPECTRO BIPOLAR

La polaridad, como elemento central del trastorno bipolar, ha tenido gran valor tanto en la investigación, como en la práctica clínica. Otro rasgo clínico definido como consustancial es su curso episódico. Sin embargo, en la actualidad existe un cierto debate en las fases iniciales o prodrómicas de la enfermedad. En las últimas décadas se ha admitido que el trastorno bipolar constituye una continuidad de intensidad sintomática, que oscila desde las manifestaciones de una depresión relativamente leve y una hipomanía breve hasta patrones de ciclos rápidos o manía frecuente con síntomas psicóticos. Los síntomas pueden variar de un episodio a otro respecto al grado de polaridad, intensidad, duración de los episodios e incluso la frecuencia de los ciclos. La identificación de la hipomanía es determinante dentro del diagnóstico del espectro bipolar, aunque es difícil de detectar.

4.2. EDAD DE INICIO Y SÍNTOMAS PSICÓTICOS

Uno de los factores que plantean especial complejidad en el diagnóstico del trastorno bipolar es la edad de inicio. Los jóvenes comienzan con mayor frecuencia con síntomas psicóticos y con episodios maníacos, mientras que los mayores de 50 años presentan con más frecuencia episodios depresivos graves con síntomas psicóticos. Entre un 63% y un 88% de los pacientes bipolares presentan, ya en el primer episodio, síntomas psicóticos. Además, los pacientes bipolares presentan síntomas psicóticos congruentes y también incongruentes con el estado de ánimo, especialmente en los pacientes bipolares que debutan a edades más tempranas.

4.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

4.3.1. Trastorno depresivo unipolar frente a trastorno bipolar tipo II

La característica diferencial es la hipomanía. Puede manifestarse en diferentes situaciones:

- Que el paciente presente una depresión mayor, sea diagnosticado como tal y, posteriormente, curse una hipomanía, cambiando el diagnóstico a trastorno bipolar tipo II.
- Que el paciente haya presentado previamente un episodio de hipomanía que haya pasado inadvertido.
- Que los síntomas maneiformes sean interpretados como rasgos de la personalidad.
- La tendencia a atribuir los síntomas en niños y adolescentes al trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

La consecuencia es un diagnóstico impreciso, un tratamiento inadecuado (con antidepresivos, por ejemplo) y riesgo por parte del paciente a realizar un viraje hacia la hipomanía y ciclación rápida. Hasta un 40% de pacientes previamente diagnosticados de trastorno depresivo unipolar fueron reclasificados como trastorno bipolar.

4.3.2. Esquizofrenia frente a trastorno bipolar

El factor de confusión lo constituye sobre todo la clínica psicótica, máxime cuando aparecen síntomas psicóticos incongruentes con el estado de ánimo en pacientes bipolares. Los síntomas psicóticos son muy inespecíficos para el diagnóstico, fundamentalmente al inicio del trastorno. De hecho, entre un 30% y un 50% de los pacientes con un primer episodio psicótico reciben erróneamente el diagnóstico de esquizofrenia. En estos casos, el diagnóstico diferencial dependerá, sobre todo, de la fenomenología, de los antecedentes familiares y de la evolución del cuadro.

4.3.3. Trastorno esquizoafectivo frente a trastorno bipolar

El trastorno esquizoafectivo es un diagnóstico que entraña dificultades en sí mismo, ya que se trata de



cuadros clínicos muy heterogéneos. A la hora de realizar el diagnóstico diferencial se debe tener en cuenta la historia personal y familiar, el funcionamiento premórbido, la edad de inicio y la secuencia de síntomas.

4.3.4. Otros cuadros

Otras entidades que plantean dificultades en cuanto al diagnóstico diferencial son los trastornos de personalidad y, especialmente, el trastorno límite de la personalidad (TLP). La presencia de antecedentes familiares, la respuesta al tratamiento y la reactividad del humor deben ser valoradas para establecer el diagnóstico diferencial. El trastorno bipolar presenta mayor estabilidad, no necesariamente es reactivo a acontecimientos vitales y responde mejor al tratamiento.

4.3.5. Consumo de sustancias

- Trastorno bipolar con consumo comórbido de tóxicos.
- Consumo de sustancias que desencadena un cuadro bipolar orgánico.
- Consumo de sustancias que provoca una clínica similar a la de un trastorno bipolar (el consumo de determinadas sustancias nos pueden confundir con un trastorno bipolar, y viceversa, un trastorno bipolar podría ser enmascarado por el consumo de sustancias).

Para aclarar el diagnóstico resulta útil establecer criterios de causalidad, analizando la secuencia temporal causa-efecto, determinando si la sintomatología se produce en estados de intoxicación o abstinencia y si son trastornos inducidos o independientes; sin olvidar la historia de antecedentes familiares.

4.3.6. Trastornos orgánicos

Entre los trastornos orgánicos se incluyen los desencadenados tanto por enfermedades médicas, como por la presencia de sustancias. Lo más relevante respecto a los trastornos orgánicos consiste en identificar la etiología del proceso.

5. COMORBILIDAD

La presencia simultánea de otras afecciones es frecuente –hasta el 71% de los casos– y constituye

uno de los factores que más contribuye a dificultar o retrasar el diagnóstico. Las entidades que con más frecuencia se presentan de forma simultánea con el trastorno bipolar son el trastorno por consumo excesivo de alcohol (33% de los casos) y el trastorno de la personalidad (24%). Existe el riesgo de sobrediagnosticar TLP a pacientes con formas leves de trastorno bipolar; trastorno por consumo de sustancias; trastorno de la conducta; trastorno por déficit de atención e hiperactividad; trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) (8-13% de los casos y que por lo general se presenta con anterioridad al trastorno bipolar); trastorno del control de los impulsos [TCI] (ámbito del control sexual y de la agresión, las parafilias y la ludopatía); trastorno de la conducta alimentaria [TCA] y el trastorno de pánico.

6. TRATAMIENTO DEL TRASTORNO BIPOLAR

6.1. ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LAS FASES DEPRESIVAS

El litio es el tratamiento de primera elección en la depresión bipolar (0,8-1,2 meq/l). También se muestra eficaz en la prevención o recurrencia de nuevos episodios depresivos. La eficacia de los antidepresivos ha sido estudiada siempre asociada a los estabilizadores del ánimo. Prácticamente todos los antidepresivos se han relacionado con el fenómeno de *switch* (viraje a manía). Son preferibles los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina ya que los tricíclicos se han asociado a mayor riesgo de viraje. En los últimos estudios publicados se recomienda la asociación de un antipsicótico a fin de prevenir el viraje. Como alternativa al litio existe la lamotrigina, que tiene efectos antidepresivos y puede ser útil en el trastorno bipolar tipo II. La quetiapina y la olanzapina han mostrado ser útiles en varios ensayos clínicos para el tratamiento de la fase depresiva. Cuando se da la existencia de un episodio depresivo grave resistente al tratamiento o con aparición de síntomas psicóticos existe indicación de terapia electroconvulsiva.

6.2. ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LAS FASES MANÍACAS Y EPISODIOS MIXTOS

En episodios agudos graves es de primera elección el tratamiento con litio o ácido valproico, asociados a un antipsicótico. Para episodios de menor intensidad

puede ser suficiente la monoterapia con litio, ácido valproico u olanzapina. Los episodios mixtos parecen responder mejor al ácido valproico. Las alternativas a este fármaco pueden ser el litio, la carbamacepina y la oxcarbacepina. La presencia de síntomas psicóticos podría requerir el tratamiento con antipsicóticos atípicos. Si con el tratamiento de elección de primera línea no se controlan los síntomas, se recomienda añadir otro fármaco de primera línea, oxcarbacepina u otro antipsicótico. La clozapina ha demostrado ser especialmente efectiva en pacientes refractarios. La terapia electroconvulsiva (TEC) estaría indicada en episodios de manía grave o resistentes al tratamiento farmacológico. Siempre hay que valorar el ingreso hospitalario del paciente si presenta auto o heteroagresividad, psicosis grave o falta de cooperación para el tratamiento ambulatorio. En el resto de casos, es preferible una valoración individual.

6.3. ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA CICLACIÓN RÁPIDA

Primero es importante detectar si existe consumo de alguna sustancia tóxica, y tratar de evitar este consumo, ya que contribuye a la ciclación. El tratamiento farmacológico se realiza inicialmente con litio o ácido valproico. Otra alternativa es la lamotrigina. Se pueden asociar a algún antipsicótico.

6.4. TERAPIA DE MANTENIMIENTO

La psicoeducación, como la terapia cognitiva-conductual y la terapia interpersonal han demostrado ser eficaces para mejorar la conciencia de enfermedad y la adherencia farmacológica. En cuanto a la terapia farmacológica, los fármacos que justifican su utilidad en esta fase son el litio, y en menor medida, el ácido valproico y la olanzapina. La lamotrigina, carbamacepina y oxcarbacepina son alternativas pero con un menor grado de seguridad. Se puede considerar el TEC de mantenimiento en pacientes que respondieron a ella en fase aguda.

7. TRASTORNO BIPOLAR EN POBLACIONES ESPECIALES

7.1. TRASTORNO BIPOLAR Y MUJER

Más de la mitad de las mujeres con TB asumirá los riesgos y se quedará embarazada. En aquellas muje-

res que desean quedarse embarazadas hay que considerar la retirada de aquellos fármacos asociados a problemas reproductivos (ácido valproico asociado a ovario poliquístico e hiperandrogenismo y muchos antipsicóticos a hiperprolactinemia). No se debe minusvalorar la asociación del TB sintomático con complicaciones en el embarazo, como placenta previa o hemorragias antes del parto durante el embarazo, y la mayor frecuencia de *distrés* fetal. Una gran parte de los riesgos están probablemente relacionados con conductas y otras variables relacionadas con su trastorno mental, precisando intervenciones específicas. Parece además que la presencia de psicopatología en la madre durante el embarazo puede tener consecuencias para la salud del feto, afectando su desarrollo fisiológico.

No está claro el impacto del embarazo en la evolución del trastorno. Estudios recientes establecen que en casi la mitad de las pacientes con trastorno bipolar, éste empeorará durante el embarazo. Los antecedentes de episodios afectivos durante los embarazos previos y una menor edad de inicio del trastorno se han asociado a un mayor riesgo de presentar una recaída durante el embarazo o tras el parto. El empeoramiento sintomático puede ser considerado la norma durante el período posparto.

7.2. PSICOFARMACOLOGÍA DURANTE EL EMBARAZO

Los fármacos pueden ser tóxicos para el desarrollo de la gestación de varias maneras, y producir malformaciones estructurales, crecimiento intrauterino anormal, complicaciones perinatales y secuelas neuroconductuales. Si se decide retirar el tratamiento farmacológico, se recomienda una lenta y progresiva reducción de éste antes de la supresión, a fin de minimizar el riesgo de recaídas asociado a su interrupción brusca. Esta recomendación es particularmente importante en el caso de la terapia con litio. La valoración de los riesgos y los beneficios del tratamiento durante el embarazo y la lactancia es esencial tanto para la madre como para el recién nacido.

7.2.1. Estabilizadores del estado de ánimo

El litio se ha asociado tradicionalmente a un alto riesgo de malformaciones cardiovasculares, especialmente la anomalía de Ebstein. Sin embargo, parece que



este riesgo es menor del que se estimó inicialmente. La exposición fetal a litio se ha relacionado con un síndrome neonatal caracterizado por hipotonicidad y cianosis. Otros tipos de complicaciones fetales y neonatales relacionadas raramente con el litio incluyen parto prematuro, déficit transitorio del neurodesarrollo, diabetes insípida nefrogénica, disfunciones tiroideas y menos frecuente, polihidramnios.

Con el litio se ha establecido una frecuencia de 11,1% de malformaciones congénitas en niños expuestos durante el primer trimestre de gestación. Las malformaciones más comunes son los defectos del cierre del tubo neural (espina bífida, un 1-2%, lo que supone 50 veces la proporción esperada). Otros riesgos que se relacionan son las malformaciones craneales y las alteraciones cardiovasculares. También han sido descritas coagulopatías, hipoglucemias neonatales y hepatotoxicidad. Los suplementos de ácido fólico pueden reducir el riesgo de defectos del tubo neural en las mujeres que continúan tratadas durante el embarazo.

Carbamazepina, el riesgo estimado de malformaciones estructurales se ha establecido en un 5,7%. La hipoplasia cráneo-facial y los defectos en las uñas son los más frecuentes. Los defectos en el cierre del tubo neural son menos frecuentes que con valproato. Otras malformaciones incluyen microcefalia, retraso en el crecimiento y defectos cardíacos. También se ha descrito un aumento del riesgo de coagulopatías, por lo que se recomienda la administración de suplementos de vitamina K con el fin de prevenir hemorragias neonatales. Parece que la oxcarbazepina podría tener menor riesgo teratogénico. Según los datos de los registros postcomercialización, la lamotrigina presenta una incidencia global de malformaciones similar a la de la población general.

7.3. TRASTORNO BIPOLAR DURANTE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

La existencia del trastorno bipolar pediátrico es uno de los objetos de controversia de la psiquiatría infantil. A pesar de que hoy en día existen datos que demuestran la presencia del trastorno bipolar ya en

la infancia y adolescencia muchos de estos cuadros pasan inadvertidos o reciben erróneamente el diagnóstico de enfermedad comórbida. El trastorno bipolar, a menudo, comienza de forma insidiosa en la infancia, adolescencia o inicio de la edad adulta, con pequeñas oscilaciones en el estado de ánimo, principalmente depresivas. Varios años antes (entre 9 y 12) de que el trastorno se desarrolle por completo, aparecen alteraciones conductuales y del estado de ánimo. Sin embargo, la presentación clínica del trastorno bipolar en niños es muchas veces atípica. Está caracterizada por episodios de larga duración, ciclos rápidos y manía mixta, con fluctuaciones en el humor a lo largo del día, y suele asociarse con altos rangos de psicosis. Las manifestaciones en niños prepúberes reflejan una variabilidad extrema del estado de ánimo, conducta agresiva intermitente, facilidad para distraerse y escasa capacidad para mantener la atención. En los adolescentes, habitualmente el episodio maniaco es precedido por un episodio depresivo mayor. El episodio maniaco surge como un cambio definido del estado preexistente, con frecuencia con sintomatología psicótica: ideas delirantes paranoides, de grandeza y fenómenos alucinatorios. Los bipolares jóvenes muestran un continuum en cuanto a la gravedad de los síntomas, desde formas subsindrómicas a síndromes instaurados con frecuentes fluctuaciones del humor. El inicio de la manía antes de los 18 años suele asociarse a niveles más altos de energía, mayor tendencia al suicidio y menores alteraciones del sueño. Estos pacientes tienden a ser varones, presentar alteraciones conductuales e hiperactividad en la infancia, cuadros de pánico, consumo excesivo de sustancias, síntomas psicóticos, un peor pronóstico y peor respuesta a las sales de litio. Las formas de comienzo temprano se han asociado también a una mayor presencia de antecedentes familiares de trastornos afectivos.

Los síntomas del síndrome maniforme son objeto de diagnóstico diferencial, siendo el TDAH es uno de los cuadros que plantea mayores dificultades de cara al diagnóstico diferencial con el trastorno bipolar debido al amplio solapamiento fenomenológico que existe entre ambos.

RECOMENDACIONES CLAVE

- La prevalencia a lo largo de la vida de los trastornos incluidos en el “espectro bipolar” llega a situarse en el 5%.
- La edad de inicio presenta un pico alrededor de los 22 años.
- ⬆ La tasa de suicidio se sitúa entre el 10 y 20% de pacientes con trastorno bipolar, siendo mayor en los episodios mixtos.
- ⬆ El abuso de sustancias se da en prácticamente la mitad de los pacientes con trastorno bipolar y está asociado a un peor pronóstico.
- Los factores genéticos implicados en la etiopatogenia del trastorno bipolar han sido firmemente demostrados mediante estudios en familiares de primer grado y gemelos.
- ➡ El estrés sería el principal desencadenante del primer episodio y daría lugar a cambios permanentes en la biología del cerebro.
- ➡ No existen por el momento marcadores neurobiológicos de utilidad diagnóstica específica del trastorno bipolar.
- ⬆ Las principales entidades nosológicas que hay que tener en cuenta a la hora del diagnóstico diferencial son el trastorno unipolar, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno de personalidad del cluster B del DSM IV-TR, trastorno por consumo de sustancias, trastornos orgánicos y el TDAH.
- ⬆ El diagnóstico del trastorno bipolar se ve agravado por la comorbilidad (TOC, TCA, trastorno de pánico), máxime cuando dicha comorbilidad coincide con entidades a tener en cuenta a la hora del diagnóstico diferencial.
- El embarazo no ejerce un papel protector frente a la enfermedad. Si se decide retirar el tratamiento farmacológico, se recomienda una lenta y progresiva reducción de éste antes de la supresión.
- Los síntomas depresivos y maníacos en la madre pueden estar asociados con riesgos para la salud de la madre y del feto.
- La presentación clínica del trastorno bipolar en niños es muchas veces atípica y caracterizada por ciclos de larga duración y se asocia con síntomas psicóticos.



8. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Cámara JM, Cañete C., Dualde F. Manejo psicofarmacológico de la esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo y cuadros afines. En: González-Pinto, A. Gutiérrez M, Ezcurra J (eds.). Manual de psicofarmacología. Avances sobre el trastorno bipolar. Madrid: Ed. Libros Princeps - Biblioteca Aula médica. 2009: 275-304.

Sutcliffe, Andrea. Nice Guide for Bipolar Disorder (www.nice.org.co.uk). Julio 2006.

Vieta, E. El trastorno bipolar. Ed. Morales I Torres. 2007.

American Psychiatric Association. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Ed. RBA Libros, S.A. 2008.

9. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

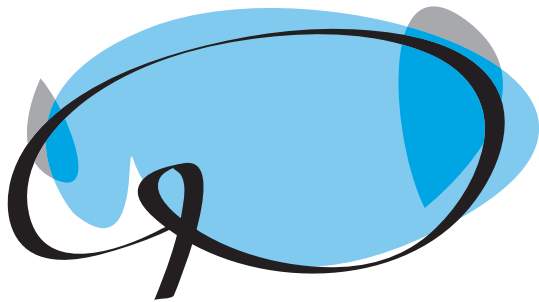
Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Mood Disorders. Ed. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia. 7ª ed. 2000.

Gonzalez-Pinto A .Curso, pronóstico y tratamiento de los trastornos bipolares. En "Tratado de Psiquiatría" Vallejo J, Leal C. Ars medica, Barcelona 2005.

Vieta, E. "trastorno Bipolar". En: Roca M (ed.). Trastornos del Humor. Madrid: Ed. Panamericana. 1999.

Vieta, E. Etiopatogenia y Clínica de los Trastornos Bipolares. En: Vallejo J, Leal C. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Ed. Ars Medica. 2005.

Vieta, E. Novedades en el tratamiento del trastorno bipolar. Ed. Médica Panamericana. 2007.



MÓDULO 2.
Clínica psiquiátrica



Trastornos
neuróticos





36. ANSIEDAD GENERALIZADA, ANGUSTIA Y FOBIAS



Autores: Laura Baras Pastor y Guillermo Mayner Eiguren
Tutor: Adrián Cano Prous
Clínica Universidad de Navarra. Pamplona

CONCEPTOS ESENCIALES

Trastorno de ansiedad generalizada: la ansiedad es una respuesta emocional de miedo o aprensión ante un peligro o amenaza, actual o anticipado, real o imaginado, con un doble componente físico y psíquico, que provoca una conducta de ataque o huida.

Trastorno de pánico: se caracteriza por la aparición espontánea e inesperada de crisis de ansiedad grave (ataques de pánico o crisis de angustia) recurrentes que pueden no estar desencadenadas por ninguna circunstancia en particular y en ausencia de peligro real.

La fobia en general se define como un temor excesivo, persistente e irracional a un objeto, actividad o situación específicos que provocan en el individuo la necesidad imperiosa de evitar dicho objeto, actividad o situación (estímulo fóbico). Estos miedos son desproporcionados, irracionales, involuntarios y con tendencia a la evitación.

1. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

↑ El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por un estado persistente de ansiedad y preocupación excesiva e inespecífica, presente la mayor parte de los días y de duración superior a seis meses. Suele estar desencadenado por circunstancias estresantes y genera intenso malestar y disfunción en la persona que lo padece.

1.1. EPIDEMIOLOGÍA

Se admite que su prevalencia a lo largo de la vida en la población general es de un 5% (0,5-9,2%) y de un 12% según estudios realizados en pacientes de atención primaria.

↗ Entre los factores de riesgo principales se encuentran: la edad de inicio (antes de los 25 años

en la mayoría de los casos), el sexo (afecta al doble de mujeres que de varones) y una historia familiar de TAG.

1.2. ETIOPATOGENIA

En la actualidad está aceptado que existen tres tipos de factores fundamentales que pueden encontrarse en el origen de la enfermedad:

1.2.1. Factores de tipo biológico

Está demostrada cierta agregación familiar. La hiperactividad del córtex cingulado frontal determina el exceso de preocupación. Se sabe también que el tálamo es responsable de la hipervigilancia, los ganglios basales de la tensión motora y el lóbulo temporal de los síntomas autonómicos y alteraciones neuroquímicas (disfunción en los sistemas gabaérgico, noradrenérgico y serotoninérgico).



➡ 1.2.2. Factores de tipo cognitivo

Los sujetos con personalidad ansiosa prestan más atención a detalles menores y presentan una percepción reducida de su capacidad de afrontamiento de las dificultades.

➡ 1.2.3. Factores de tipo psicosocial

Hay estudios que sugieren que la influencia del tipo de educación, los acontecimientos vitales estresantes y las relaciones familiares y laborales son factores de riesgo para desarrollar un TAG.

1.3. CLÍNICA

Los síntomas más característicos de este trastorno son ansiedad y preocupación excesiva, asociadas a sintomatología de tipo somático caracterizada fundamentalmente por tensión motora (contracturas musculares, inquietud, etc.), cefaleas, hiperactividad vegetativa (sudoración, palpitaciones, síntomas gastrointestinales, etc.), insomnio e irritabilidad. Las personas que presentan este trastorno también suelen presentar con relativa frecuencia disminución de la capacidad de atención y concentración y sensación de embotamiento mental. Una vez se ha desencadenado el cuadro clínico, los síntomas se hacen autónomos y persisten a pesar de que desaparezca el factor estresante.

1.4. DIAGNÓSTICO

➡ Para realizar un diagnóstico de TAG el paciente debe presentar un estado de ansiedad difusa y persistente asociada a una preocupación excesiva y de difícil control. Estos síntomas deben aparecer la mayor parte de los días y durante un período mínimo de seis meses. Es importante descartar que el cuadro clínico sea secundario al efecto de una sustancia o a una enfermedad psiquiátrica o médica.

1.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En el diagnóstico diferencial del TAG hay que incluir tanto las enfermedades psiquiátricas que cursan con ansiedad como las médicas. También es preciso descartar la intoxicación por tóxicos o que el paciente presente un síndrome de abstinencia a alguna sustancia (tabla 1).

Tabla 1. Diagnóstico diferencial del TAG

Enfermedades psiquiátricas	Trastorno de pánico, fobias, trastorno depresivo, esquizofrenia, etc.
Enfermedades médicas	Hipertiroidismo, arritmias, demencia, EPOC, etc.
Intoxicación por tóxicos	Cafeína, estimulantes, litio, anticolinérgicos, etc.
Síndrome de abstinencia	Alcohol, opiáceos y sedantes.

1.6. POBLACIONES ESPECIALES

➡ Los trastornos de ansiedad también son la forma más común de psicopatología en los niños con una prevalencia a lo largo de la vida del 9%. Los niños con trastornos de ansiedad presentan mayor tendencia a desarrollar psicopatología comórbida como trastornos afectivos y alteraciones de la conducta.

Se considera que el TAG está presente en un 3,6% de la población anciana. Suele presentarse de forma comórbida con sintomatología depresiva, por lo que tiende a perder su entidad nosológica.

1.7. TRATAMIENTO

➡ Los objetivos principales del tratamiento del TAG son aliviar la ansiedad, reducir la discapacidad, mejorar la calidad de vida y tratar la comorbilidad. Es característica la larga duración del tratamiento. Como primera línea de tratamiento se emplean los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) durante un período de tiempo entre 6 y 12 meses.

➡ Es conveniente iniciar el tratamiento con ISRS a dosis bajas e ir aumentándolas progresivamente en función de la eficacia y tolerancia del tratamiento. Como segunda línea, se pueden utilizar los llamados antidepresivos duales como la venlafaxina y duloxetina.

➡ Con cierta frecuencia es necesario complementar este tratamiento con otros psicofármacos (benzodiazepinas, pregabalina, gabapentina, etc.), intentando en el caso de la benzodiazepinas reducir al mínimo su tiempo de uso, debido al riesgo de tolerancia y potencial adictivo.

No existe evidencia científica de la eficacia de asociar psicoterapia a la farmacoterapia desde el inicio del tratamiento, por lo que su inicio suele retrasarse hasta pasados dos meses del tratamiento con anti-depresivos. Lo habitual es que se realicen entre seis y doce sesiones de técnicas de relajación, terapia cognitivo-conductual y aprendizaje de técnicas de afrontamiento.

➡ En caso de respuesta pobre al tratamiento es preciso reconsiderar la posibilidad de que exista una enfermedad médica.

➡ Una vez descartada esta posibilidad se puede aumentar la dosis de ISRS o potenciar su efecto añadiendo al tratamiento una benzodiacepina o un estabilizador del estado de ánimo.

2. TRASTORNO DE ANGUSTIA O DE PÁNICO

⬆ El trastorno de pánico se caracteriza por la aparición espontánea e inesperada de crisis recurrentes de ansiedad grave (ataques de pánico o crisis de angustia) que pueden no estar desencadenadas por ninguna circunstancia en particular, en ausencia de peligro real.

2.1. EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia en un año del trastorno de pánico es de un 2,3% en la población general (1,7% en varones frente a un 3% en mujeres) y de un 3,8% a lo largo de la vida. Su inicio describe una curva de frecuencia con dos picos de edad bien diferenciados: al final de la adolescencia y a mitad de la década de los 30.

2.2. ETIOPATOGENIA

Existen múltiples hipótesis acerca de las causas del trastorno de pánico, aunque en la actualidad se sugiere una combinación de alteraciones bioquímicas, cognitivas y genéticas.

- ➡ Hipótesis bioquímica. Hay cinco teorías fundamentales: la hiperactividad noradrenérgica, la alteración en los receptores GABA-benzodiacepinas, la regulación a la baja de los receptores serotoninérgicos postsinápticos y

su relación con el sistema noradrenérgico, la hipersensibilidad al CO₂ (se puede provocar una crisis tras infusión de bicarbonato o lactato en personas predispuestas) y la influencia de otras sustancias ansiógenas como la cafeína, colecistoquinina, etc.

- ➡ Hipótesis cognitiva. El paciente percibe síntomas por activación del sistema simpático a los que da una interpretación negativa incrementándose de esta forma su ansiedad y con ella los síntomas.
- ➡ Hipótesis genética. Diversos estudios han observado que los familiares directos de pacientes con trastorno de pánico tienen un riesgo de cuatro a ocho veces mayor de padecer el trastorno que los familiares directos de otros pacientes psiquiátricos. Los estudios realizados con gemelos indican que la probabilidad de concordancia para el trastorno de pánico es más alta en gemelos monocigotos que en dicigotos.

2.3. CLÍNICA

⬆ Hay variabilidad en la presentación de un ataque de pánico, pero con frecuencia el primer ataque es espontáneo e inesperado y comienza con un período inicial en que los síntomas físicos aumentan rápidamente. Se trata de episodios súbitos de miedo, intenso malestar, sensación de peligro o muerte inminente, que se acompañan de intensos síntomas físicos. Suelen durar entre 15 y 30 minutos, siendo la sintomatología más intensa durante los primeros diez minutos (tabla 2).

Tabla 2. Los principales síntomas físicos son:

Palpitaciones y taquicardia.
Opresión torácica.
Sensación de falta de aire.
Sudoración excesiva.
Miedo a la muerte inminente, a perder el autocontrol o a volverse loco.
Náuseas o molestias digestivas.
Temblor.
Parestesias y hormigueo.
Desrealización y despersonalización.
Mareo e inestabilidad.
Distermia.



2.4. DIAGNÓSTICO

➤ Para establecer el diagnóstico de trastorno de pánico deben presentarse varias crisis de ansiedad graves asociados a un intenso cortejo de síntomas físicos durante un período mínimo de un mes.

➤ Es habitual que tras un primer ataque de pánico se sucedan otros, apareciendo cierta ansiedad anticipatoria y temor a presentar un nuevo ataque, desencadenándose con cierta frecuencia conductas de evitación (agorafobia) o fóbicas a la situación o circunstancias en que se produjeron los anteriores. El DSM IV-TR distingue en su clasificación entre trastorno de pánico con y sin agorafobia, mientras que la CIE-10 la ubica en el apartado de los trastornos de ansiedad fóbica.

2.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Los ataques de pánico también pueden aparecer acompañando al trastorno de ansiedad generalizada, a los trastornos fóbicos, a cuadros depresivos, durante la abstinencia al alcohol, etc. Por otra parte, también pueden aparecer crisis similares asociadas al consumo de tóxicos y en diversas enfermedades orgánicas como el hipertiroidismo, feocromocitoma, prolapso mitral, arritmias, epilepsia, embolia pulmonar, etc.

2.6. POBLACIONES ESPECIALES

Existe controversia sobre la existencia de este trastorno en niños. Muchos autores proponen que los niños no son capaces de desarrollar las atribuciones catastróficas de los síntomas físicos que caracterizan las crisis de angustia y que su respuesta cognitiva está dominada por el ambiente. En los ancianos su clínica es similar a la de los adultos, aunque con menor intensidad y tendencia a la evitación.

2.7. TRATAMIENTO

Los tratamientos actuales han demostrado una notable eficacia en el trastorno de pánico. Los tratamientos más eficaces son los psicofármacos y la terapia cognitivo-conductual.

2.7.1. Farmacoterapia

➤ Los ISRS se consideran el tratamiento de primera elección debido a su eficacia y su buen perfil de efectos secundarios.

➤ Con cierta frecuencia al inicio del tratamiento tiene lugar un aumento de la ansiedad, siendo necesario realizar incrementos lento de la dosis. Otros antidepresivos como los tricíclicos, los inhibidores de serotonina y noradrenalina o los IMAO también pueden ser eficaces. Las benzodiazepinas de alta potencia son útiles pero existe el riesgo de desarrollar dependencia con la más que posible abstinencia al retirarlas debido a que se requieren dosis muy altas para controlar los ataques de pánico. Se acepta que la pauta inicial debe ser con un ISRS.

➤ En caso de ineficacia se debe ensayar con otro ISRS, y si no se logra respuesta, se debe sustituir por otro antidepresivo o por benzodiazepinas. Si hay respuesta, se debe mantener el tratamiento durante un año ya que aproximadamente un tercio recaen en los dos años siguientes. En caso de nueva recaída podría estar indicado un tratamiento crónico.

2.7.2. Psicoterapia

➤ Desde el principio hay que sugerir el comienzo de una psicoterapia cognitivo-conductual con un componente psicoeducativo. Es necesario explicar la relación entre los síntomas físicos y la ansiedad, el origen del miedo a perder el control o volverse loco, y ayudar al paciente a afrontar las situaciones ansiógenas para evitar que desarrolle agorafobia. La parte conductual consiste fundamentalmente en una exposición progresiva a estos estímulos ansiógenos. En general, se considera que la asociación de ambos tratamientos es mejor que cada uno por separado, y que el tratamiento de exposición disminuye las recaídas a largo plazo más que los fármacos.

3. FOBIAS

La fobia en general se define como un temor excesivo, persistente e irracional a un objeto, actividad o situación específicos que provocan en el individuo la necesidad imperiosa de evitar dicho objeto, actividad o situación (estímulo fóbico).

➤ Las características esenciales de estos miedos son: a) desproporcionados teniendo en cuenta el peligro objetivo; b) irracionales, según entiende el propio sujeto; c) involuntarios, no deseados, y d)

con tendencia a la evitación como único modo de superar el peligro.

El paciente no tiene ansiedad salvo que esté ante el estímulo fóbico, que anticipe o presenta que va a estarlo (ansiedad anticipatoria).

➡ Distinguimos tres subtipos fundamentales de fobias: fobia social, fobia específica y agorafobia.

3.1. EPIDEMIOLOGÍA

➡ La fobia social tiende a aparecer a edades tempranas, con una prevalencia similar en ambos sexos y en sujetos con menor soporte social, económico y educativo.

La fobia específica es dos veces más común en las mujeres que en los varones y se sitúa la edad de inicio al final de la infancia e inicio de la adolescencia. Es el subtipo de fobia más frecuente.

La agorafobia es más frecuente en mujeres y se asocia en ellas a una mayor gravedad y comorbilidad psiquiátrica. La edad de inicio suele ser al principio de la edad adulta (tabla 3).

Tabla 3. Prevalencia de los trastornos fóbicos

Diagnóstico	Prevalencia 1 año % (V/M)	Prevalencia vida %
Fobia social	2,0 (1-3,1)	3,8
Fobia específica (simple)	2,0 (1,3-2,7)	5,8
Agorafobia	7,6 (4,5-10,8)	13,2

(V/M): Varón/Mujer. *Modificado de Wittchen, Jacobi, 2005.

3.2. ETIOPATOGENIA

La etiopatogenia de la fobia social es multifactorial. Algunos autores refieren que guarda relación con el temperamento inhibido infantil. También parece existir una implicación del sistema noradrenérgico y del circuito amígdala-hipocampo-corteza prefrontal y temporal implicado en las respuestas del miedo.

En cuanto a la etiopatogenia de la fobia específica parece que existe una vulnerabilidad biológica

personal hereditaria (aún sin confirmar), y diversos mecanismos implicados: estrés debido a acontecimientos vitales negativos, experiencias vividas o imaginadas, e informaciones recibidas de manera errónea. También parece que existen determinadas áreas cerebrales que producen respuestas ansiosas ante determinados estímulos.

Algunos estudios han encontrado un aumento significativo del espacio ocupado por el LCR en la corteza prefrontal bilateral de los pacientes con agorafobia. Por otro lado, las teorías cognitivo-conductuales proponen que la ansiedad es una respuesta aprendida.

3.3. CLÍNICA

➡ La fobia social consiste en un miedo persistente y acusado en situaciones sociales o a actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas. Ante estas situaciones pueden aparecer síntomas físicos como palpitaciones, temblores, sudoración, tensión muscular, sensación de vacío en el estómago, sequedad de boca, sensación de frío o de calor, opresión torácica y cefalea. También síntomas psicológicos como miedo a vomitar u orinarse, dificultad para autoafirmarse, baja autoestima, susceptibilidad a la crítica y al rechazo (tabla 4).

Tabla 4. Clasificación de la fobia social según:

Tipo de estímulo	De ejecución: hablar en público, comer o escribir delante de otras personas. De relación: sentirse el centro de atención, mirar a los ojos a otra persona.
Amplitud del estímulo	Generalizada: cualquier situación social. Específica: ante determinados estímulos.

➡ En la fobia específica el paciente sufre un aumento de la ansiedad ante la exposición al objeto o circunstancia que la provoca (estímulo fóbico). Esta ansiedad puede aparecer incluso previamente a la exposición, a veces sin que ésta exista. El aumento de la ansiedad puede ir acompañada de manifestaciones físicas similares a las que aparecen en la fobia



social. La ansiedad provocada por el estímulo fóbico lleva a la evitación del mismo o a un afrontamiento que aumentará la ansiedad vivida.

↑ La agorafobia se caracteriza por presentar temor a lugares abiertos, multitudes, o a tener dificultades para escapar con rapidez a un sitio seguro. Los síntomas se pueden clasificar en somáticos de tipo autonómico (temblor, sudor) y psicológicos (ansiedad, pérdida de control, despersonalización). A veces, cuando la evitación por parte del paciente es muy alta, la ansiedad puede ser mínima.

➡ Estos pacientes evitan situaciones en las que les resultaría difícil solicitar ayuda y tratan de ir siempre acompañados, sobre todo en calles muy transitadas, espacios cerrados y tiendas con mucha gente.

3.4. DIAGNÓSTICO

Según el DSM IV-TR, la característica esencial de la fobia social es el miedo persistente a situaciones sociales por temor a que resulten embarazosas.

↑ La CIE 10 la caracteriza por el miedo a ser juzgado por otras personas, lo que lleva a evitar situaciones sociales determinadas. El DSM IV-TR es más restrictivo que la CIE 10, al señalar que el miedo o la conducta evitativa no puede explicarse mejor por la existencia de otro trastorno mental, del consumo de sustancias o de una enfermedad médica. Por otro lado, valora si el comienzo de la enfermedad es en la infancia, aspecto no considerado por la CIE 10.

↑ En cuanto a la fobia específica, el DSM IV-TR incide en la existencia de un temor acusado y persistente, que es excesivo e irracional, que está precipitado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específica, que se trata de evitar a toda costa y que por lo tanto interfiere en la actividad cotidiana del individuo. La clasifica en cinco subtipos: animal, ambiental, sangre-inyecciones-daño, situacional y otros tipos. La CIE 10 propone una definición similar, poniendo énfasis en la estabilidad del temor a la situación fóbica, la necesidad de que los síntomas no se deban a ideas delirantes u obsesivas, y a la evitación de las situaciones específicas.

Según el DSM IV-TR, en la agorafobia debe existir ansiedad en situaciones de donde existan dificulta-

des para escapar o encontrar ayuda. Por este motivo, estas situaciones son evitadas con frecuencia. También recalca que la ansiedad no se puede explicar por la presencia de otro trastorno mental. Para la CIE 10, la ansiedad se manifiesta mediante síntomas psicológicos o físicos y se limita a lugares públicos, donde hay multitudes, viajes lejos de casa o viajes que se realizan sin compañía.

↑ Este es el más incapacitante de todos los trastornos fóbicos, llegando, en algunas ocasiones a recluir al paciente en su casa.

3.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

➡ En la fobia social, el diagnóstico diferencial debe realizarse con el trastorno ansioso o evitativo de la personalidad, con el trastorno esquizoide de la personalidad (en el que no existe miedo a la crítica o falta de habilidad en las relaciones sociales, sino un intenso desinterés por éstas) y con el trastorno paranoide de la personalidad, (donde el escaso contacto social ocurre por miedo al daño).

➡ En la fobia específica es difícil realizar un diagnóstico, ya que el paciente no suele acudir al especialista por este problema, sino por alguno de los trastornos asociados. En el caso del trastorno por estrés postraumático, la evitación se presenta con posterioridad al acontecimiento estresante y además aparecen un empobrecimiento afectivo y un continuo revivir la situación traumática.

➡ En la agorafobia, el diagnóstico diferencial hay que realizarlo con la depresión (el retraimiento social se produce por el bajo ánimo y la anhedonia), con el trastorno de ansiedad generalizada (la ansiedad es habitual y no depende del estímulo), y con la esquizofrenia (en la que aparecen síntomas psicóticos y retraimiento social por apatía o paranoidismo).

3.6. POBLACIONES ESPECIALES

➡ La fobia en los ancianos es más frecuente en el sexo femenino, y su prevalencia decrece con la edad. Las más frecuentes son el miedo a caerse o a ser atropellado, después de que hayan ocurrido alguno de estos hechos (tabla 5).

➔ Tabla 5. Las fobias que aparecen en los niños y adolescentes están relacionadas con la edad

Edades	Miedos más habituales
Hasta los 6 meses	Ruidos, pérdidas de soporte.
De 6 a 12 meses	Lo desconocido.
De 1 a 3 años	Animales grandes, la oscuridad, las alturas, separación de lo conocido.
De 4 a 6 años	Animales pequeños, seres imaginarios, daño, dolor, ladrones, castigos.
De 7 a 11 años	Animales peligrosos, daño físico, atracos.
De 12 a 13 años	Rendimiento escolar, rechazo social, ridículo.
A partir de 14 años	Autoimagen, rechazo social, ruborizarse, relacionarse con el sexo opuesto.

Modificado de Prudencio Domínguez Ramos, 2000.

3.7. TRATAMIENTO

➔ En la fobia social, el tratamiento psicofarmacológico de primera elección son los ISRS tanto por su eficacia como por su tolerancia. Los ansiolíticos pueden ser útiles a corto plazo, pero no deben ser utilizados de forma continuada. En cuanto a la psicoterapia, las técnicas más utilizadas son el entrenamiento en habilidades sociales, la desensibilización sistemática, las técnicas de exposición combinada con reestructuración cognitiva, y la relajación.

➔ En la fobia específica, el tratamiento psicológico es de primera elección: la relajación, la desensibilización sistemática y la exposición imaginada o *in vivo*, progresiva o por inundación. Los psicofármacos como las benzodiazepinas y, en casos muy específicos, los antidepresivos, se pueden utilizar como tratamiento de apoyo.

➔ En la agorafobia, el tratamiento más eficaz es la combinación de la psicoterapia y los psicofármacos. Se emplea la desensibilización sistemática, la relajación y la exposición progresiva con prevención de respuesta. Los antidepresivos son útiles cuando existen síntomas depresivos.



RECOMENDACIONES CLAVE

La ansiedad en el TAG debe ser persistente, al menos durante seis meses, y se asocia a síntomas somáticos.

Los trastornos de ansiedad son muy frecuentes en niños.

El tratamiento inicial del TAG son los ISRS durante un periodo de entre 6 y 12 meses.

Las crisis de angustia pueden no estar desencadenadas por ninguna circunstancia particular.

Las crisis de angustia se caracterizan por ser episodios súbitos de miedo, intenso malestar, sensación de peligro o incluso muerte inminente, acompañados de síntomas físicos que duran entre 15-30 minutos.

El tratamiento más eficaz para las crisis de pánico son los psicofármacos y la terapia cognitivo-conductual.

La fobia es un temor excesivo, irracional y persistente a un objeto, actividad o situación específica (estímulo fóbico) que provocan la evitación del mismo por parte del paciente.

En la fobia social, el estímulo fóbico está relacionado con determinadas situaciones sociales.

La agorafobia se caracteriza por presentar temor a lugares abiertos o aquellos en los que se pueda tener dificultades para escapar con rapidez a un sitio seguro.

En las fobias se aconseja la utilización de tratamiento psicoterápico.

4. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Kaplan HI, Sadock BJ. Trastornos de ansiedad. En: Sinopsis de Psiquiatría. 8ª ed. Madrid: Ed. Panamericana. 1999:657-710.

Hales RE, Yudofsky ST. Trastornos de ansiedad. En: Tratado de Psiquiatría clínica. 4ª ed. Barcelona: Ed. Masson. 2004:543-630.

Vallejo Ruiloba J. Fobias. En: Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. 6ª ed. Barcelona: Ed. Masson. 2006:389-401.

Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Bandelow B, Bond A, Davidson JRT et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol. 2005;19(6):567-96.

Schlatter J, Cano A, Cervera Enguix S. Trastornos fóbicos y fobia social. En: Trastornos Neuróticos. 1ª ed. Barcelona: Psiquiatría Editores. 2002:299-325.

5. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Frances A, Ross R. DSM-IV-TR, Estudio de casos. Guía clínica para el diagnóstico diferencial. Barcelona: Ed. Masson. 2002.

Michael BF, Allan T. Anxiety Disorders: Social and Specific Phobias. En: DSM-IV-TR Mental Disorders: Diagnosis, Etiology and Treatment. England: Ed. Wiley and Sons. 2004:867-901.

Gabbard G.O. Social Anxiety Disorder and Specific Phobias. En: Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders. 4ª ed. Arlington: American Psychiatric Publishing. 2007:495-506.

Bruce SE, Yonkers KA, Otto MW, et al. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. Am J Psychiatry. 2005;162:1179-87.

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4.ª ed. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association. 2000.





37. REACCIONES AL ESTRÉS Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS



Autoras: Itziar Montalvo Aguirrezabala y Laura Gisbert Gustemps
Tutor: Ramón Coronas Borri
Corporació Sanitària Parc Taulí. Barcelona

CONCEPTOS ESENCIALES

Trastorno por estrés postraumático (TEPT): aparición de síntomas característicos (reexperimentación, evitación, aumento de la activación) que sigue a la exposición de un acontecimiento estresante y extremadamente traumático y que se prolongan más de un mes.

Trastorno por estrés agudo: conjunto de síntomas de ansiedad que tienen lugar después de la exposición a un acontecimiento altamente traumático y que se prolongan hasta un máximo de cuatro semanas y aparecen el primer mes, desde que se presenta el evento traumático

Trastorno adaptativo: reacciones inadecuadas a corto plazo ante un estresante psicosocial. Se espera que el trastorno adaptativo remita poco después de que el factor estresante desaparezca o, si persiste, de que se llegue a un nuevo nivel de adaptación.

1. TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO Y TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

1.1. EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia del estrés postraumático se estima alrededor del 8% en la población general. Aproximadamente el 30% de la población está expuesta a lo largo de su vida a un acontecimiento traumático, de los cuales entre el 10 y el 20% pueden presentar un trastorno por estrés postraumático. En grupos de alto riesgo cuyos miembros sufrieron sucesos traumáticos graves, las tasas de prevalencia varían del 5% al 75%. La prevalencia es más alta en mujeres (10-12% frente al 5-6% en hombres) y es en adultos jóvenes.

➔ El trastorno por estrés agudo es más frecuente pero muchas veces no llegan a las consultas médicas ya que la clínica se limita a menos de 4 semanas.

1.2. ETIOPATOGENIA

➔ El factor de estrés es el principal factor etiopatogénico de ambos trastornos. Sin embargo no es un factor causal único, ya que no todas las personas expuestas presentan estos trastornos, que de hecho constituyen el factor desencadenante. Hay que resaltar la importancia de los factores atribucionales que cada individuo tiene respecto al acontecimiento traumático, es decir, el significado subjetivo del factor estresante para esa persona, que hará que presente o no el trastorno.

Son numerosos los acontecimientos que pueden desencadenar este tipo de patología, ya que la vivencia subjetiva juega un papel muy importante. A continuación enumeramos los acontecimientos estresantes más frecuentes que desencadenan el trastorno:


- Ser testigo de un suceso traumático.
- Presenciar un accidente con personas que fallecen.




- Vivencia de una catástrofe natural.
- Ser amenazado con un arma.
- Un trauma ocurrido a un ser querido.
- Sufrir un ataque físico.
- Ser víctima de una agresión sexual o violación.

Además del factor etiológico principal, hay que tener en cuenta otros factores que parecen tener una participación etiopatogénica en el trastorno. En la tabla 1 se resumen los factores de vulnerabilidad que predisponen a sufrir este tipo de trastorno.

Tabla 1. Factores de vulnerabilidad

 Factores de vulnerabilidad
Antecedentes psiquiátricos personales: rasgos de personalidad desadaptativos (sobre todo límite, paranoide, dependiente o antisocial).
Abusos en la infancia.
Sistema de apoyo familiar y social deficitario.
Sexo femenino.
Antecedentes psiquiátricos familiares (vulnerabilidad genética).
Clase socioeconómica y nivel educativo bajos.
Consumo excesivo de alcohol.
Acontecimiento estresante reciente.

A partir de estudios experimentales en modelos animales se han desarrollado teorías biológicas del TEPT. Se han estudiado poblaciones clínicas con este tipo de trastorno en los que se han evidenciado alteraciones biológicas que implican a varios sistemas de neurotransmisión relacionadas con la sintomatología. Se observa una hiperactivación del sistema noradrenérgico, con niveles más elevados de catecolaminas en orina, y debido al aumento crónico de estos neurotransmisores hay una disminución de los receptores α_2 plaquetarios y β adrenérgicos linfocitarios. Otro sistema afectado es el sistema opioide, de manera que se observa un aumento de endorfinas en el líquido cefalorraquídeo. Hay varios factores que señalan una disfunción del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal (HHS).

 Se observan niveles bajos de cortisol libre tanto en plasma como en orina, que indica una hiperregulación del eje HHS. Además de estas alteraciones neurobiológicas, también se han observado cambios neuroanatómicos en el TEPT como la atrofia hipocampal.

1.3. CLÍNICA

La clínica no difiere en estos dos trastornos, la diferencia radica en la duración de los síntomas. La principal manifestación clínica consiste en la reexperimentación del acontecimiento traumático de manera persistente (recuerdos, sueños, *flash-backs*...) vivida por el individuo con miedo y sensación de indefensión. El paciente adopta un patrón de evitación de los estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad global.


Hay una activación emocional persistente, con alteraciones del sueño, dificultades de concentración, irritabilidad, estado de hipervigilancia y respuestas de sobresalto. La sintomatología afecta significativamente áreas importantes de la vida del individuo.

Es frecuente que haya comorbilidad con otros trastornos ansiedad, con estados depresivos, con un consumo de alcohol y otras sustancias, y estos pacientes presentan un riesgo más elevado de suicidio que la población general.

1.4. DIAGNÓSTICO

En la tabla 2 vemos los criterios diagnósticos de trastorno por estrés agudo y en la tabla 3 los criterios diagnósticos de trastorno por estrés postraumático.

1.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

-  Con alteraciones orgánicas: recordar que un traumatismo craneoencefálico (TCE), la epilepsia, trastornos por consumo de alcohol y otros trastornos relacionados con el consumo de sustancias (como la intoxicación aguda o síndrome abstinencial) pueden provocar un cuadro clínico similar al TEPT.
- Con trastornos por dolor, abuso de sustancias, trastornos de ansiedad o del estado de ánimo: Es frecuente diagnosticar otros trastornos mentales en una persona que sufre un TEPT y tra-

↑ Tabla 2. Criterios diagnósticos de Trastorno por Estrés Agudo del DSM IV-TR

<p>La persona ha estado expuesta a un suceso traumático en el que han existido las dos situaciones siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La persona experimentó, presenció o enfrentó un acontecimiento o sucesos que implicaron muerte, o lesión grave, o una amenaza a su integridad física o la de otros. ■ La respuesta de la persona fue de miedo intenso, indefensión u horror.
<p>Mientras experimenta o tras experimentar el suceso traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de respuesta emocional. ■ Disminución de la conciencia de su entorno (por ejemplo “estar aturdido”). ■ Desrealización. ■ Despersonalización. ■ Amnesia disociativa (incapacidad de recordar un aspecto importante del trauma).
<p>Se vuelve a experimentar persistentemente el suceso traumático, en uno o más de los siguientes modos: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de imágenes retrospectivas recurrentes, o una sensación de revivir la experiencia; o malestar al exponerse a recordatorios del suceso traumático.</p>
<p>Notoria evitación de estímulos que despiertan recuerdos del trauma (por ejemplo, pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, gente).</p>
<p>Notorios síntomas de ansiedad o mayor excitación (por ejemplo, dificultad para dormir, irritabilidad, escasa concentración, estado de hiperalerta, respuesta de alarma exagerada, desasosiego motor).</p>
<p>La alteración causa malestar o deterioro clínicamente significativo del desempeño social, ocupacional o en otras esferas importantes, o altera la capacidad del individuo para realizar alguna tarea necesaria, como obtener la asistencia necesaria o movilizar recursos personales contándoles a sus familiares la experiencia traumática.</p>
<p>La alteración persiste un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y sobreviene dentro de las 4 semanas del episodio traumático.</p>
<p>La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general, y no se explica mejor por trastorno psicótico breve, ni es meramente una exacerbación de un trastorno persistente del Eje I o del Eje II.</p>

tarlo de manera inadecuada o incompleta. Para ello es necesario realizar una entrevista dirigida a identificar posibles experiencias traumáticas y sintomatología diferencial con otros trastornos.

- Con trastornos de personalidad: el diagnóstico diferencial con el trastorno límite de personalidad es difícil, ya que es posible que los dos trastornos coexistan e incluso que tengan una relación causal.
- Con el trastorno disociativo: a diferencia del TEPT no suele haber una conducta evitativa ni hay una hiperexcitación autónoma basal, y no suele haber un antecedente traumático significativo.

- Con trastornos facticios o de simulación: en los últimos años el TEPT ha tenido una publicidad en los medios de comunicación de masas, por lo que se debe considerar la posibilidad de uno de estos trastornos.

1.6. POBLACIONES ESPECIALES

Cabe destacar algunos aspectos diferenciales que se observan en la población infanto-juvenil:

- La prevalencia de TEPT es más alta en niños que en adultos expuestos al mismo factor estresante, en determinadas situaciones hasta el 90% de los niños presentará el trastorno.



↑ Tabla 3. Criterios diagnósticos de Trastorno por Estrés Postraumático del DSM IV-TR

<p>La persona ha estado expuesta a un suceso traumático en el que experimentó las dos situaciones siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">■ La persona experimentó, presenció o enfrentó un acontecimiento o sucesos que implicaron muerte, o lesión grave, o una amenaza a su integridad física o la de otros.■ La respuesta de la persona fue de miedo intenso, indefensión u horror. Nota: en los niños, esto se puede manifestar, en cambio, con comportamiento desorganizado o agitado.
<p>El individuo vuelve a experimentar persistentemente el suceso traumático, en uno (o más) de los siguientes modos:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Recuerdos dolorosos recurrentes e intrusivos del suceso, como imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: en los niños pequeños, se puede observar juego repetitivo en el que se expresan temas o aspectos del trauma.■ Sueños dolorosos recurrentes del suceso. Nota: en los niños puede haber sueños aterradoros sin contenido reconocible.■ Actuar o sentir como si el suceso traumático se estuviera repitiendo (esto incluye la sensación de vivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos con recurrencia vívida de la experiencia (flashbacks), aun los ocurridos al despertar o en estado de intoxicación). Nota: En niños pequeños, puede haber una reactuación específica del trauma.■ Malestar psicológico profundo ante la exposición a hechos internos o externos que simbolizan o remedan un aspecto del suceso traumático.
<p>Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma o aletargamiento de la capacidad de respuesta general (no presente antes del trauma), indicados por tres (o más) de las siguientes manifestaciones:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Esfuerzos por evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados con el trauma.■ Esfuerzos por evitar actividades, lugares o individuos que despiertan recuerdos del trauma.■ Incapacidad de recordar un aspecto importante del trauma.■ Notoria disminución del interés o la participación en actividades significativas.■ Sentimientos de desapego o extrañeza respecto de los otros.■ Espectro limitado de afecto (por ejemplo, incapacidad de tener sentimientos amorosos).■ Sensación de un futuro abreviado (por ejemplo, el individuo no espera hacer una carrera, casarse, tener hijos o tener una expectativa de vida normal).
<p>Síntomas persistentes de hiperexcitación (no presentes antes del trauma), indicados por dos (o más) de las siguientes manifestaciones:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Dificultad para conciliar o mantener el sueño.■ Irritabilidad o estallidos de ira.■ Dificultad de concentración.■ Estado de hiperalerta.■ Respuesta de alarma exagerada.
<p>El trastorno (síntomas de los criterios B, C y D) dura más de un mes.</p>
<p>La alteración causa malestar o deterioro clínicamente significativo del desempeño social, laboral o en otras áreas importantes.</p>
<p>Especificar si es:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Agudo: si los síntomas persisten menos de 3 meses.■ Crónico: si los síntomas persisten más de 3 meses.
<p>Especificar si es:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Con inicio demorado: si los síntomas comienzan por lo menos 6 meses después del factor de estrés.

- Los factores familiares como el nivel educacional o presencia de psicopatología tienen un importante papel en el desarrollo del trastorno.
- El factor estresante puede ser un único suceso traumático súbito o bien un trauma continuo o crónico, como el abuso físico o sexual. También es posible que sufra el trastorno tras una exposición indirecta al trauma (muerte o lesión de un ser querido, por ejemplo).
- Además de la sintomatología común con los adultos, en los niños puede haber un temor generalizado más inespecífico (frecuentemente se manifiesta en forma de temor a dormir solo, a la oscuridad, etc.).
- La reexperiencia del suceso traumático en forma de “juego traumático” se ha visto en niños pequeños, y consiste en actuar repetitivamente en el juego los temas traumáticos o relacionados con el trauma.
- Se han descrito en esta población acciones imaginarias de intervención o venganza, siendo los adolescentes los que presentan mayor riesgo de actuación de manera impulsiva, secundaria a fantasías de ira o venganza (*acting out*). Se han descrito mayores tasas de actuación sexual (*acting out*), de consumo de sustancias y de delincuencia.
- Los niños frecuentemente se retraen y muestran menor interés en actividades que con anterioridad consideraban placenteras.

1.7. TRATAMIENTO

➔ 1.7.1. Farmacoterapia

Los Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son considerados fármacos de primera línea para el TEPT debido a su eficacia, tolerabilidad y seguridad. Son eficaces en todos los síntomas del trastorno, incluso si se trata de un caso con comorbilidad con trastornos de ansiedad o cuadros depresivos. También hay evidencia sobre la eficacia de la imipramina y la amitriptilina. Las teorías sobre la hiperactividad noradrenérgica del trastorno sugieren la prescripción de β -bloqueantes como el propranolol para el control sintomático.

Otros fármacos como los anticonvulsivantes (ácido valproico, carbamazepina) también pueden ser útiles.

Los neurolépticos (risperidona, haloperidol, olanzapina) pueden estar indicados sobre todo para el control conductual.

1.7.2. Psicoterapia

Debe seguir un modelo de intervención en la crisis con apoyo, educación y desarrollo de mecanismos para sobrellevar y aceptar el episodio.

Tipos de intervenciones psicoterapéuticas:

- Terapia por exposición: el paciente vuelve a experimentar el suceso traumático mediante técnicas de imágenes o exposiciones *in vivo*.
- Terapia de manejo del estrés: consiste en enseñar técnicas de relajación y enfoques cognitivos para disminuir la repercusión emocional del suceso traumático. Obtiene resultados más rápidos que la técnica anterior, aunque persiste menos tiempo.

2. TRASTORNOS ADAPTATIVOS

2.1. EPIDEMIOLOGÍA

Según el DSM IV-TR, la prevalencia de este trastorno en la población general oscila entre el 2% y el 8%. Se diagnostica con una frecuencia dos veces mayor en las mujeres que en los varones y por lo general se considera que las mujeres solteras son la población más vulnerable. En los niños y adolescentes, no se observan diferencias entre los sexos respecto a la incidencia de trastornos adaptativos. Estos trastornos pueden aparecer a cualquier edad, aunque se diagnostican más frecuentemente en la adolescencia.

2.2. ETIOPATOGENIA

Por definición, los trastornos adaptativos se desencadenan por uno o varios factores estresantes.

➔ La naturaleza de estos factores no siempre tiene relación con la gravedad del trastorno, una función compleja de variables como intensidad, cantidad, duración, reversibilidad, entorno y contexto personal. El estresante puede ser un acontecimiento simple o deberse a factores múltiples. Los estresantes son a veces recurrentes (p. ej. determinadas épocas del año asociadas a mayor estrés) o continuos (p. ej.



enfermedad crónica). El estresante puede afectar a una persona, a una familia, a un grupo o a una comunidad. También hay estresantes que dependen de acontecimientos específicos del desarrollo (p. ej., empezar el colegio o la universidad, abandonar el domicilio familiar, casarse, ser padre...). Algunos estudios sugieren que determinadas personas parecen estar más expuestas a estas circunstancias vitales adversas o a desarrollar patologías cuando tales circunstancias se presentan. Estos datos indicarían que la probabilidad de desarrollar síntomas en respuesta a acontecimientos traumáticos está en parte controlada genéticamente.

2.3. CLÍNICA

Los trastornos adaptativos son posteriores a un factor estresante, pero los síntomas no necesariamente aparecen de inmediato. Pueden transcurrir hasta tres meses entre el factor estresante y la aparición de los síntomas. Estos últimos no siempre remiten aunque desaparezca el factor de estrés; si éste persiste, el trastorno puede cronificarse. El trastorno adaptativo puede aparecer a cualquier edad, y sus síntomas varían considerablemente; los rasgos depresivos, de ansiedad y mixtos son más frecuentes en los adultos siendo los síntomas físicos más comunes en niños y ancianos. El trastorno también puede manifestarse como conducta agresiva y conducción imprudente, consumo excesivo de alcohol, incumplimiento de las obligaciones legales, retraimiento, signos vegetativos, insomnio y conducta suicida (tabla 4).

2.4. DIAGNÓSTICO

A continuación se muestran en la tabla 5 los criterios diagnósticos del DSM IV-TR para los trastornos adaptativos.

2.5. POBLACIONES ESPECIALES

Cabe destacar algunos aspectos diferenciales que se observan en la población infanto-juvenil:

- No parecen existir diferencias en la prevalencia entre ambos sexos.
- Puede darse en todas las edades pero es más frecuente en adolescentes.
- Los factores estresantes desencadenantes son

problemas escolares, rechazo o divorcio de los padres y el abuso de sustancias.

- Los síntomas físicos y las alteraciones de conducta suelen ser manifestaciones clínicas frecuentes.
- Los adolescentes suelen precisar más tiempo que los adultos para recuperarse y padecen posteriormente trastornos del estado de ánimo o trastornos inducidos por sustancias más frecuentemente que los adultos.

2.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Con otros trastornos del Eje I: el trastorno adaptativo constituye una categoría residual utilizada para describir alteraciones que aparecen en respuesta a un estresante identificable y que no cumplen los criterios para otro trastorno específico del Eje I. Únicamente puede diagnosticarse conjuntamente con otro trastorno del Eje I si en este último no hay síntomas característicos de los que aparecen en la reacción al estresante.

▶ Por ejemplo, un individuo puede presentar un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo después de una ruptura sentimental y, simultáneamente, ser tributarios de un diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo.

- Con los trastornos de personalidad: dado que éstos son acentuados por el estrés, no se suele establecer el diagnóstico adicional de trastorno adaptativo. Sin embargo, si en respuesta a un estresante aparecen síntomas no característicos del trastorno de personalidad, puede ser apropiado el diagnóstico adicional de trastorno adaptativo.
- Con trastorno no especificado: el diagnóstico de trastorno adaptativo requiere la presencia de un estresante identificable, en contraste con las presentaciones subclínica o atípica que se diagnosticarían como trastorno no especificado (p. ej., trastorno de ansiedad no especificado). Si los síntomas del trastorno adaptativo persisten más de 6 meses después de que el estresante o sus consecuencias hayan cesado, el diagnóstico debe cambiarse al de trastorno no especificado.

➔ Tabla 4. Tipos de trastornos adaptativos

Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo (309.0): las manifestaciones predominantes son síntomas del tipo del estado de ánimo depresivo, llanto o desesperanza. Debe diferenciarse del trastorno depresivo mayor y del duelo no complicado.
Trastorno adaptativo con ansiedad (309.24): las manifestaciones predominantes son síntomas como nerviosismo, preocupación o inquietud; o en los niños, miedo a la separación de las figuras con mayor vinculación. Debe diferenciarse de los trastornos de ansiedad.
Trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo (309.28): los pacientes presentan al mismo tiempo síntomas de ansiedad y depresión que no cumplen los criterios para un trastorno específico, depresivo o de ansiedad.
Trastorno adaptativo con trastorno de comportamiento (309.3): este subtipo debe usarse cuando la manifestación predominante es una alteración del comportamiento, en la que hay una violación de los derechos de los demás o de las normas y reglas sociales apropiadas a la edad (p.ej., vagancia, vandalismo, conducción irresponsable, peleas e incumplimiento de las responsabilidades legales). Esta variante debe diferenciarse del trastorno del comportamiento y del trastorno antisocial de la personalidad.
Trastorno adaptativo con alteración mixta del comportamiento y de las emociones (309.4): las manifestaciones predominantes son tanto síntomas emocionales como (p.ej., depresión y ansiedad) como trastorno de comportamiento.
Trastorno adaptativo no especificado (309.9): reacciones desadaptativas a estresantes que no son clasificables como uno de los subtipos específicos de trastorno adaptativo.

⬆ Tabla 5. Criterios diagnósticos del DSM IV-TR para los trastornos adaptativos

La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.
Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo: <ul style="list-style-type: none"> ■ Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante. ■ Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica).
La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación d un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II.
Los síntomas no responden a una reacción de duelo.
Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.
Especificar si: <ul style="list-style-type: none"> ■ Agudo: si la alteración dura menos de 6 meses. ■ Crónico: si la alteración dura 6 mese o más.
Los trastornos adaptativos son codificados según el subtipo, que se selecciona con los síntomas predominantes. El estresante específico puede señalarse en el Eje IV. <ul style="list-style-type: none"> ■ Con estado de ánimo depresivo (309.0). ■ Con ansiedad (309.24). ■ Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo (309.28). ■ Con trastorno del comportamiento (309.3). ■ Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento (309.4). ■ No especificado (309.9).



- ➔ Con el trastorno por estrés postraumático y el trastorno por estrés agudo: ambos requieren la presencia de un estresante extremo y una constelación de síntomas específicos. En cambio, el trastorno adaptativo puede ser desencadenado por un estresante de intensidad variable y expresarse a través de una amplia gama de síntomas.
- ➔ Con el duelo: el diagnóstico de trastorno adaptativo puede ser apropiado cuando la reacción en respuesta a la muerte de un ser querido excede o es más prolongada de lo que cabría esperar.
- Con reacciones no patológicas al estrés: no provocan un malestar superior al esperable y no causan un deterioro significativo de la actividad social ni laboral.
- Con los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica (como el deterioro funcional asociado a una sesión de quimioterapia).

2.7. TRATAMIENTO

- Psicoterapia: el tratamiento del trastorno adaptativo inicialmente se centra en las intervenciones psicoterapéuticas y de asesoramiento psicológico (*counselling*) para reducir el factor estresante, aumentar la capacidad de afrontamiento cuando el estresante no puede ser atenuado o eliminado y establecer un sistema de apoyo para maximizar la adaptación. El paciente debe ser consciente de la disfunción significativa que provoca el estresante y estudiar las estrategias para manejar la discapacidad.
- Tratamiento farmacológico: no consta ningún ensayo aleatorizado controlado de tratamientos farmacológicos del trastorno adaptativo. Aunque la psicoterapia formal sea hoy en día el tratamiento de primera elección, parece sensato utilizar medicamentos para tratar síntomas específicos durante un período breve.

↑ Su uso prudente puede ayudar a estos pacientes, aunque no deba prolongarse.

RECOMENDACIONES CLAVE

El diagnóstico precoz del TEPT mejora mucho el pronóstico.

Contemplar siempre la posibilidad de TEPT ante una situación traumática grave.

Intentar no medicalizar los trastornos adaptativos y reforzar técnicas de resolución de problemas.

3. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Foa E, Stein D, McFarlane A. Symptomatology and Psychopathology of Mental Health Problems After Disaster. *J Clin psychiatry*. 2006;67(2):15-25.

Laugharne J, Van der Watt G, Janca A. It is too early for adjusting the adjustment disorder category. *Curr Opin Psychiatry*. 2009 Jan;22(1):50-54.

DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson. 759-765.

Tratado de Psiquiatría. Tomo II. Michael G. Gelder, Juan J Lopez-Ibor Jr, Nancy Andreasen. Ed. Ars Médica. 922-933.

Sinopsis de psiquiatría. Kaplan & Sadock. 10ª ed. Ed. Wolters Kluwer Health. 612-622 y 773-786.

4. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Coronas R, García-Parés G, Viladrich C, Santos JM, Menchón JM. Clinical and sociodemographic variables associated with the onset of posttraumatic stress disorder in road traffic accidents. *Depress Anxiety*. 2008;25(5):E16-23.

Heim C, Nemeroff CB. Neurobiology of posttraumatic stress disorder. *CNS Spectr*. 2009 Jan;14(1 Suppl 1):13-24. Review.

Wittchon HU, Glestr A, Beedok, Schönfeld S, Perkonig A. Posttraumatic stress disorder: diagnostic and epidemiological perspectives. *CNS Spectr*. 2009 Jan;14(1 suppl 1):5-12. Review.

Zohar J, Sonnino R, Juven-Wetzler A, Cohen H. Can posttraumatic stress disorder be prevented? *CNS Spectr*. 2009 Jan;14(1 suppl 1):44-51. Review.

Casey P. Diagnosing adjustment disorder with depressive features. *Expert Rev Neurother*. 2008 Aug;8(8):1203-8. Review.





38. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO



Autoras: Amparo Tatay Manteiga y Teresa Merino Magán
Tutor: Pablo Cervera Boada
Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

CONCEPTOS ESENCIALES

Trastorno caracterizado por la presencia de obsesiones o compulsiones que producen malestar significativo.

Las obsesiones son ideas, imágenes, melodías, impulsos o temores a ceder a un impulso que aparecen en la conciencia de forma reiterativa, persistente, intrusa e inapropiada (egodistónicas) y generan intensa ansiedad o malestar.

Las compulsiones son comportamientos o actos mentales generalmente repetitivos y estereotipados que el paciente se ve obligado a realizar para reducir el malestar.

El tratamiento de elección actualmente es la combinación de inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) o clomipramina y terapia conductual.

1. EPIDEMIOLOGÍA

Según los estudios, la prevalencia del trastorno en la población general está entre un 0,5 y un 3% aproximadamente, sin diferencias entre sexos ni culturas. El inicio del cuadro suele ser insidioso, normalmente en la adolescencia o la juventud, siendo más precoz en varones (6-15 años) que en mujeres (20-29 años). En el 70% de los casos el inicio es antes de los 25 años y sólo un 15% debuta después de los 35 años. La prevalencia es mayor en solteros que en casados, y es ligeramente más frecuente en clases sociales altas y en personas con coeficiente intelectual elevado. No queda clara la relación entre el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

2. ETIOPATOGENIA

Por el momento, la etiopatogenia del TOC es desconocida. Con frecuencia existe un factor desencadenante (60%), como el fallecimiento de personas cercanas, problemas sexuales o de pareja, enfermedades, etc. Sin embargo parecen ser múltiples los factores implicados en la etiopatogenia de este trastorno.

2.1. FACTORES GENÉTICOS

- Los estudios con gemelos han demostrado mayor concordancia entre gemelos monocigotos (65%) que en dicigotos (45%).
- Estudios familiares: se han observado tasas de TOC entre el 1 y el 17% en los familiares de primer grado.
- No se ha podido establecer un patrón de transmisión según las leyes de Mendel y se aboga por un modelo mixto de transmisión y herencia poligénica.



2.2. FACTORES BIOQUÍMICOS

- Serotonina: varios ensayos clínicos con fármacos serotoninérgicos apoyan la hipótesis de que una disregulación de la serotonina está implicada en el trastorno obsesivo-compulsivo. El beneficio terapéutico que se obtiene con los ISRS apoya esta hipótesis.
- Dopamina: se ha visto que existen muchos síntomas de TOC en los trastornos de los ganglios basales, como en el síndrome de la Tourette, la corea de Sydenham o el parkinsonismo postencefálico, en los que hay una importante implicación dopaminérgica. Además se han obtenido beneficios terapéuticos con bloqueantes de la dopamina en pacientes con TOC y tics.

2.3. NEUROIMAGEN

- Los estudios con la tomografía por emisión de positrones (PET) hallaron un incremento del metabolismo y del flujo sanguíneo en los lóbulos frontales, ganglios basales (especialmente el núcleo caudado) y el cíngulo.
- En la tomografía computarizada (TAC) se han detectado menores volúmenes bilaterales del núcleo caudado. Se ha observado que los tratamientos farmacológicos y conductuales revierten estas anomalías.

2.4. FACTORES INMUNITARIOS

Existe una asociación entre el TOC y la corea de Sydenham, una enfermedad autoinmune de los ganglios de la base en la que se han detectado anticuerpos dirigidos contra el núcleo caudado y síntomas obsesivo-compulsivos.

2.5. TEORÍAS CONDUCTUALES

Según la teoría del aprendizaje, las obsesiones son estímulos condicionados y las compulsiones reducen la ansiedad, lo que lleva al paciente a repetirlas y aprenderlas. Las estrategias de evitación se aprenden y quedan fijadas.

2.6. MODELOS COGNITIVOS

Proponen que las obsesiones son distorsiones cognitivas que se explican por un déficit en el procesa-

miento de la información (dificultad en discriminar entre estímulos) y por el déficit en los prototipos de memoria afectiva (sobreestimación errónea de la amenaza).

2.7. TEORÍAS PSICODINÁMICAS

Freud acuñó el término de “neurosis obsesiva” y la concibió como el resultado de una regresión desde la fase edípica a la fase anal-sádica con su característica ambivalencia (la coexistencia de amor y odio hacia la misma persona lleva al paciente a una parálisis de dudas e indecisiones) y el pensamiento mágico (la omnipotencia les hace temer que pensar en algo del mundo exterior puede hacer que ocurra). Los síntomas obsesivos resultan de impulsos agresivos o sexuales que generan una ansiedad extrema, activando así mecanismos de defensa como el aislamiento, la anulación o la formación reactiva.

3. CLÍNICA

El TOC se caracteriza por la presencia de dos fenómenos clínicos íntimamente relacionados: obsesiones y compulsiones.

3.1. LAS OBSESIONES

- Se definen como ideas, imágenes, melodías, impulsos o temores a ceder a un impulso que aparecen en la conciencia de forma reiterativa, persistente, intrusa e inapropiada (egodistónicas) y generan intensa ansiedad o malestar.
- No se reducen a preocupaciones exageradas acerca de un problema real (p. ej. problemas económicos, laborales o escolares), es más, rara vez se relacionan con hechos reales.
- Con frecuencia se intentan suprimir, ignorar o neutralizar con otra idea o acción.
- El paciente reconoce que son producto de su propia mente y no son pensamientos impuestos del exterior como en los casos de inserción del pensamiento.

3.2. LAS COMPULSIONES

- Son aquellos comportamientos o actos mentales generalmente repetitivos y estereotipados que el paciente se ve obligado a realizar.



son excesivas o irracionales. Este criterio no es aplicable en los niños.

- Si existe otro diagnóstico en el Eje I es obligatorio que las obsesiones o compulsiones no se limiten a éste (p. ej. preocupaciones por la comida en un trastorno de conducta alimentario o por la propia apariencia en trastorno dismórfico corporal).
- El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

Habrá que especificar que se trata de un trastorno obsesivo-compulsivo con poca conciencia de enfermedad cuando durante la mayor parte del tiempo del episodio actual el paciente no reconoce que las obsesiones/compulsiones son excesivas o irracionales. El diagnóstico según los criterios CIE 10 requiere que los síntomas (obsesiones y compulsiones) estén presentes al menos durante 2 semanas.

4.1. EL ESPECTRO OBSESIVO-COMPULSIVO: CONCEPCIÓN DIMENSIONAL COMPULSIVO/ IMPULSIVO



Existiría un continuo entre dos polos, un polo lo compulsivo, caracterizado por la evitación del riesgo y sobreestimación del daño y en el otro lo impulsivo, con subestimación del daño y búsqueda del riesgo. Incluye fundamentalmente tres grandes grupos de diagnósticos además del TOC:

- Trastornos que se caracterizan por ideación obsesivoide en torno al aspecto físico y el peso (trastorno dismórfico corporal, hipocondría, trastornos de la conducta alimentaria).
- Trastornos caracterizados por una tendencia a la impulsividad (p. ej. trastorno explosivo intermitente, tricotilomanía, cleptomanía, conductas adictivas, adicciones sexuales algunos trastornos de personalidad como límite y antisocial).
- Trastornos neurológicos caracterizados por conductas repetitivas (autismo, corea de Sydenham, enfermedad de Asperger, síndrome de Tourette).

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Trastorno de ansiedad debido a enfermedades médicas o inducido por sustancias: se debe

descartar siempre que los síntomas obsesivos o compulsivos sean debidos a los efectos de una enfermedad médica o a una sustancia. Trastornos similares al TOC se han visto asociados a algunas enfermedades de los ganglios basales (Corea de Sydenham y de Huntington). Evaluar siempre signos neurológicos sugestivos de patología de los ganglios basales y sospechar siempre que el inicio de los síntomas del TOC se produzca después de los 30 años.

-  Esquizofrenia: el TOC puede diferenciarse de esta patología por la ausencia de otros síntomas típicos de esquizofrenia, por la menor extrañeza de los síntomas, la carencia de influencia exterior (autorreferencia) y por la conciencia que tienen los pacientes de su propia enfermedad (reconocen la irracionalidad de los síntomas).
-  Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo: no se alcanza el nivel de deterioro funcional que tiene lugar en el TOC y es ego-sintónico, es decir, carece del carácter intrusivo y no es vivido como inapropiado por el paciente. En el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad el paciente no presenta obsesiones o compulsiones sino que se encuentra permanentemente preocupado por el orden, la simetría y el control.
- Fobias: no existe relación entre el pensamiento obsesivo y la compulsión. En el TOC los miedos incluyen daños referidos más a terceras personas que a uno mismo y suelen ser generados por estímulos inevitables (p. ej. virus), mientras que en las fobias el objeto fóbico es en general evitable (p. ej. túneles) y los posibles daños se refieren a la persona que la padece.
- Trastorno depresivo mayor: los pacientes con TOC generalmente no reúnen todos los criterios diagnósticos de este trastorno. Los pacientes con trastorno depresivo mayor presentan, con frecuencia, pensamientos recurrentes, rumiativos, de carácter desagradable que son congruentes con el estado de ánimo (p. ej. ideas de inutilidad o de culpa) a diferencia de las obsesiones características del TOC.
- Trastorno de ansiedad generalizada: existen preocupaciones excesivas en relación a circunstancias de la vida real (p. ej. problemas laborales). En el TOC las preocupaciones no se centran en



- **ISRS:** por su buen perfil y escasos efectos secundarios, actualmente son el tratamiento farmacológico de elección. Mejoran sobre todo las ideas obsesivas. La mayoría ha demostrado ser eficaz, así que se elegirá uno u otro según el perfil individual (tabla 1).

↑ Tabla 1. Dosis terapéuticas de ISRS en el tratamiento del TOC

ISRS	Dosis terapéuticas (mg/día)
Fluvoxamina	150-300
Sertralina	100-200
Paroxetina	40-60
Fluoxetina	40-80
Citalopram	40-80
Escitalopram	20-40

7.1.2. Antipsicóticos

Son eficaces si el TOC cursa con importante angustia durante la fase aguda, en caso de que haya tics o si hay síntomas de esquizofrenia conjuntamente. Se ha utilizado risperidona con buenos resultados.

7.1.3. Ansiolíticos

El alprazolam o el clonazepam son útiles durante la fase aguda cuando hay síntomas de ansiedad asociados a las obsesiones y compulsiones. Es mejor evitarlos en los tratamientos a largo plazo por la posible dependencia que crean.

7.1.4. Otros fármacos

Han demostrado eficacia como coadyuvantes en algunos estudios los IMAO, el litio, la buspirona y la trazodona.

7.2. PSICOTERAPIA

Mejoran principalmente los rituales y compulsiones y son menos útiles en las obsesiones.

↑ 7.2.1. Técnicas conductuales

Son las terapias de elección. La terapia conductual es tan efectiva como la farmacoterapia en el TOC. Hay menos recaídas que los tratados con fármacos tras la interrupción. Se han utilizado múltiples técnicas:

- **Exposición con prevención de respuesta:** es la más eficaz. Consiste en la exposición a la situación u objetos temidos y la supresión de respuesta en la cual el paciente resiste el impulso a ejecutar el acto compulsivo tras la exposición.
- **Intención paradójica, desensibilización, inmersión (*flooding*), terapia de implosión, condicionamiento aversivo.**
- **Detención de pensamiento:** utilizada en tratar las obsesiones, aunque de dudosa eficacia.

7.2.2. La terapia de relajación

No ha demostrado ser eficaz.

7.2.3. Las terapias psicodinámicas

No se aconsejan ya que se han obtenido escasas respuestas. Sin embargo son beneficiosas para el manejo diario de la enfermedad, la autoestima o las relaciones personales. Fomenta el cumplimiento de las terapias conductuales y farmacológicas.

7.2.4. Otras

También son útiles las psicoterapias de apoyo, las terapias familiares y las terapias de grupo según pacientes.

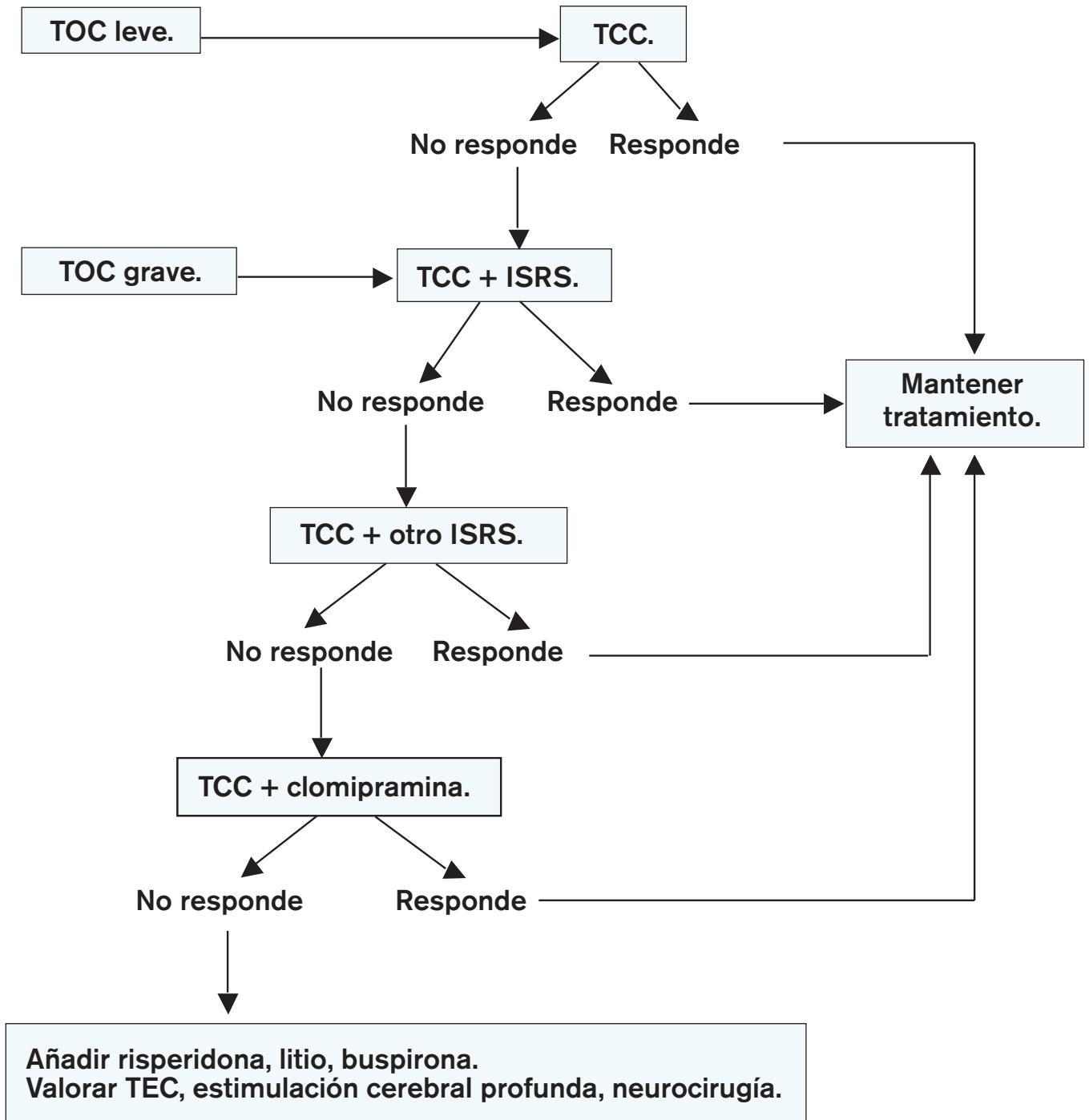
7.3. NEUROCIROGÍA

- Indicada en casos graves e incapacitantes refractarios a los tratamientos.
- **Técnicas:** cingulotomía, capsulotomía bilateral anterior, tractotomía subcaudada.
- La complicación principal son las convulsiones, que se tratan con fenitoína.
- Los resultados inmediatos son llamativos pero el pronóstico a largo plazo es dudoso.

7.4. OTRAS TÉCNICAS INVASIVAS

- Terapia electroconvulsiva: eficaz asociada a otros tratamientos.
- Estimulación cerebral profunda: para casos refractarios.

Figura 1. Algoritmo terapéutico





RECOMENDACIONES CLAVE

El trastorno obsesivo compulsivo es un gran desconocido ya que desde su origen ha existido una fuerte polémica sobre su nosotaxia. Algunos autores lo incluyen entre las psicosis y otros, como las actuales clasificaciones, entre las neurosis. Pero parece que la angustia es una consecuencia, no el núcleo donde aparecen otros síntomas como la duda, la culpa o los trastornos emocionales.

Los estudios de neuroimagen y bioquímicos no han aclarado los aspectos etiopatogénicos.

El enfoque dimensional acapara más críticas que luz a este tema.

El diagnóstico no resulta complicado a pesar de ser pacientes que suelen ocultar sus síntomas durante años. Respecto a la estrategia terapéutica debe ser coordinada con abordaje, en la mayoría de los casos, farmacológico-psicoterapéutico, existiendo una pobre respuesta en un porcentaje elevado.

8. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Ed. Masson. 2005.

Enguiluz I, Segarra R. Introducción a la psicopatología. Barcelona: Ed. Ars Medica. 2005.

Kaplan & Sadock. Tratado de psiquiatría. 6ª ed. Buenos Aires: Ed. Inter-médica. 1997.

Vallejo J. Leal C. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Ed. Ars Medica. 2005.

Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la Psiquiatría. 6ª ed. Barcelona: Ed. Masson. 2006.

9. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Ballesteros MC. Práctica clínica paidopsiquiátrica. Historia clínica. Guías clínica. Comisión de Estudio de la Historia Clínica Paidopsiquiátrica de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Madrid: Ed. Adalia farma. 2009.

Jenike MA, Baer L, Minichello WE. Trastornos obsesivo-compulsivos. Manejo práctico. Madrid: Ed. Harcourt. 2001.

Sánchez Planell L, Vallejo Ruiloba J, Menchón Magriñá JM, Díez-Quevedo C., editores. Patología Obsesiva. Madrid: Pfizer Neurociencias.

Stein D, Denys D. Obsessive-compulsive disorder: diagnostic and treatment issues. *Psychiatr Clin North Am.* 2009 Sep;32(3):665-85.

Stein D, Hollander E. Tratado de los trastornos de ansiedad. Barcelona: Ed. Ars Medica. 2004.



39. TRASTORNOS SOMATOMORFOS



Autoras: Helena Andrés Bergareche, Patricia Enríquez y Almudena Escudero
Tutores: José Luis Día Sahún y Javier García Campayo
Hospital Miguel Servet. Zaragoza

CONCEPTOS ESENCIALES

El criterio diagnóstico clave es la existencia de síntomas físicos de causa no explicada. En la hipocondriasis, la preocupación de padecer una enfermedad grave. En el resto de trastornos lo que preocupa son los síntomas como tal.

En general son pacientes con carencias afectivas, que usan los síntomas para obtener afecto o para resolver los problemas diarios, porque sus capacidades de afrontamiento son limitadas.

No controlan los síntomas voluntariamente, no simulan. Son pacientes con importante sufrimiento y gran discapacidad. Producen una contratransferencia muy negativa en los profesionales y se tiende a maltratarlos psicológicamente.

1. EPIDEMIOLOGÍA

- Trastorno de somatización: poco frecuente. Prevalencia (en población general): 0,1-0,2%. Es 10 veces más frecuente en mujeres. Edad de inicio: 15-20 años. No se asocia a bajo nivel cultural e intelectual como se creía tradicionalmente.
- ➡ Trastorno somatomorfo indiferenciado: es el trastorno más frecuente del grupo. Prevalencia: 10%.
 - Hipocondría: prevalencia: 5%. No hay diferencias según el género, el estado civil o el nivel sociocultural. Edad de inicio: 20-30 años.
 - Trastorno por dolor: no se conoce la prevalencia. Dos veces más frecuente en mujeres. Edad de máxima presentación: 40-50 años.
- Trastorno de conversión: un tercio de la población experimenta un episodio de conversión en algún momento de su vida, pero no suele

requerir tratamiento. Son más frecuentes en las consultas de neurología. Entre 2 y 4 veces más prevalentes en mujeres. Edad de inicio: adolescencia y juventud. Se observa más en individuos de bajo nivel sociocultural.

- Trastorno dismórfico corporal: el 25% de adolescentes presenta preocupación por la imagen de alguna parte de su cuerpo. Suelen ser atendidos en cirugía plástica, donde representan un 5% del total. Edad de inicio: 15-20 años. Algo más frecuente en mujeres.

2. ETIOPATOGENIA

2.1. TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN Y TRASTORNO SOMATOMORFO INDIFERENCIADO

Hay tres grupos de factores importantes que se resumen en la tabla 1.



Tabla 1. Factores etiopatogénicos en la aparición de trastorno de somatización y trastorno somatomorfo indiferenciado

a) Genéticos: suelen presentar familiares de primer grado varones diagnosticados de abuso de alcohol y de trastorno antisocial de la personalidad. En parientes del sexo femenino predomina el trastorno de somatización. Parece que existiría una predisposición genética que se expresaría fenotípicamente, de forma distinta, en varones y en mujeres.

b) Factores biológicos: las principales alteraciones de las que se tiene evidencia son:

- Las funciones cerebrales derechas están más desarrolladas que las izquierdas.
- Hiperactividad del *locus coeruleus*, con disminución del umbral del dolor.
- Menor flujo sanguíneo en áreas posteriores derechas del cerebro.

c) Experiencias infantiles: se estructuran sobre tres pilares:

- Carencias afectivas (separaciones, padres fallecidos o ausentes, escasa presencia de algún progenitor). En casos extremos puede haber maltrato físico y sexual (especialmente frecuente en mujeres con dolores ginecológicos no explicados).
- Modelado de las conductas de enfermedad por parte de los padres (los niños han visto a sus padres enfermar y acudir frecuentemente a médicos y hospitales).
- La enfermedad como afrontamiento: el niño, generalmente con carencias afectivas, ha comprobado cómo aumentaba el cariño de los padres y cómo disminuían las demandas de la familia debido a la enfermedad. Cuando se hace mayor aprende que la enfermedad es una excusa adecuada cuando no puede afrontar una situación.

2.2. HIPOCONDRIASIS

Psicodinámicamente, se considera que los impulsos hostiles y agresivos de estos pacientes hacia otras personas se reprimen y desplazan en forma de síntomas físicos. La hipocondriasis se interpreta como una defensa ante la culpa, como una forma de expiación.

Desde el punto de vista cognitivo, estos pacientes tienen un umbral para el dolor más bajo, focalizan su atención en las sensaciones corporales e interpretan los síntomas somáticos de forma amenazadora debido a su especial estructura cognitiva.

2.3. TRASTORNO POR DOLOR

Para el psicoanálisis, el dolor psicógeno es la expresión simbólica, a nivel corporal, de un conflicto intrapsíquico. Su función sería satisfacer necesidades de dependencia y expiar la culpa. La alexitimia (incapacidad para expresar emociones) se consideró un rasgo clave en estos enfermos, pero también aparece en la población normal. A nivel conductual, las parejas solícitas (que sobreprotegen al paciente) refuerzan su conducta de enfermedad y permiten que pueda utilizar el dolor como forma de manipulación del entorno.

2.4. TRASTORNO DE CONVERSIÓN

Psicoanalíticamente, se considera que los síntomas de conversión son causados por la represión de conflictos intrapsíquicos inconscientes, entre impulsos instintivos (agresivos o sexuales) y la prohibición contra su expresión. Los síntomas de conversión permiten la expresión parcial del conflicto, con lo que el individuo no tiene que confrontar sus impulsos inaceptables y, además, le permite comunicar a los demás que necesita ser tratado con una consideración especial. Desde el punto de vista biológico, las pruebas de imagen ofrecen cada vez más datos de la existencia de alteraciones en la comunicación interhemisférica.

2.5. TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

Se asocia a trastorno depresivo y obsesivo-compulsivo con una elevada frecuencia. Desde el punto de vista psicodinámico se considera el desplazamiento de un conflicto sexual a otra zona del cuerpo no relacionada.

3. CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

3.1. TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN

Se caracteriza por múltiples síntomas somáticos recurrentes durante un período de varios años, que

suele iniciarse antes de los 30 años. El núcleo clínico de este trastorno no es el número de síntomas, sino el hecho de que afecte a múltiples órganos. Por ello, en el DSM IV-TR se exige la presencia de los siguientes criterios:

- Dolor al menos en cuatro localizaciones corporales distintas.
- Al menos dos síntomas gastrointestinales diferentes al dolor (náusea, distensión abdominal, vómitos fuera del embarazo, diarrea o intolerancia a la comida).
- Un síntoma sexual o reproductor distinto al dolor.
- Un síntoma pseudoneurológico (o de conversión) diferente al dolor.

Todos estos síntomas no pueden ser explicados por ninguna enfermedad médica. El trastorno por somatización se considera la entidad más válida, fiable y consistente a lo largo del tiempo de todo el grupo de trastornos somatomorfos. También es el más invalidante y el que mayor gasto sanitario produce.

3.2. TRASTORNO SOMATOMORFO INDIFERENCIADO

Constituye la categoría más amplia de todo el grupo, ya que incluye todos los pacientes que no cumplen los criterios de trastorno por somatización. Los criterios exigidos son: uno o más síntomas físicos no explicados médicamente, que duran al menos 6 me-

ses, y que producen malestar o alteración funcional clínicamente significativa. En esta categoría se incluyen los síndromes funcionales que se describen en las diferentes especialidades médicas (tabla 2).

3.3. HIPOCONDRIA

Se caracteriza por la preocupación y el miedo a padecer una enfermedad grave, creencia que persiste pese a que las pruebas complementarias sean normales. La convicción de enfermedad, pese a ser muy intensa, no alcanza una intensidad delirante (en ese caso habría que diagnosticarlo como trastorno delirante de tipo somático). La preocupación es tan importante que altera el funcionamiento social y/o laboral de la persona. La enfermedad temida suele ser siempre la misma (p. ej. sida, cáncer) pero puede modificarse a lo largo del tiempo. Para cumplir los criterios de hipocondría la duración del problema debe ser al menos de 6 meses. Sin embargo, son frecuentes procesos hipocondríacos de breve duración, generalmente secundarios a situaciones de estrés (p. ej. fallecimiento o enfermedad de familiares). Estos cuadros deben diagnosticarse como trastorno adaptativo con síntomas somáticos.

3.4. TRASTORNO POR DOLOR

El síntoma principal es la queja de dolor en una o más zonas corporales, tan intenso que produce una alteración del funcionamiento sociolaboral. A juicio del médico existen factores psicológicos involucrados en la presencia del síntoma. El dolor no está producido

Tabla 2. Síndromes funcionales incluidos en la categoría de trastorno somatomorfo Indiferenciado

ESPECIALIDAD	SÍNDROMES
Cardiología	Dolor torácico atípico.
Digestivo	Disfagia, síndrome del intestino irritable, dispepsia no ulcerosa.
Respiratorio	Asma funcional.
Neurología	Cefalea funcional, síncope, vértigo funcional.
Reumatología	Fibromialgia, síndrome de dolor miofascial.
Infecioso	Fatiga crónica, sensibilidad ambiental.
ORL	Boca dolorosa, tinnitus.
Ginecología	Dolor pélvico, dismenorrea y dispareunia funcionales, vaginismo, vulvodinia, síndrome tensión premenstrual.
Urología	Cistitis intersticial.



intencionalmente por el paciente (lo cual indicaría un trastorno facticio o un trastorno por simulación) y no se explica mejor por otro trastorno psiquiátrico, como los trastornos depresivos o de ansiedad, que también pueden cursar con dolor. Las localizaciones más frecuentes suelen ser lumbar, cefálica, facial o pélvica. Tiende a asociarse a otros síntomas como pérdida del apetito, disminución de la libido, astenia o alteración de las relaciones interpersonales.

↑ 3.5. TRASTORNO DE CONVERSIÓN

Se caracteriza por uno o más síntomas de alteración de la función motora voluntaria o de la función sensorial que sugiere una “enfermedad médica”, pero en la que se considera que los aspectos psicológicos son clave para explicar el cuadro. La pérdida motora o sensorial, que dificulta gravemente el funcionamiento sociolaboral del individuo, no se produce de forma intencional (si no, nos encontraríamos ante un trastorno facticio o por simulación). Los síntomas más frecuentes son:

- **Motores:** parálisis o debilidad de algún miembro, alteraciones en la marcha o movimientos anormales.
- **Sensoriales:** anestesia o parestesia de las extremidades. No siguen los patrones anatómofisiológicos normales y son frecuentes parálisis “en guante” o “en calcetín”, típicamente conversivas. También puede haber alteraciones de los órganos de los sentidos como sordera, ceguera o visión “en túnel”.
- **Pseudoconvulsiones:** un tercio de estos pacientes padecen una epilepsia orgánica asociada, por lo que no resultan excluyentes las pseudoconvulsiones y las convulsiones epilépticas. El diagnóstico diferencial se realiza porque faltan signos como la mordedura de lengua, incontinencia urinaria o lesiones tras la caída. Los reflejos son normales tras la crisis. Pese a todo, no siempre es fácil el diagnóstico.

3.6. TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

Existe intensa preocupación por un defecto imaginado de la apariencia física. Si existe alguna ligera anomalía corporal, la importancia que le otorga el individuo es desmesurada. Esta preocupación produce

un impacto social y/o laboral importante. Por ejemplo, el individuo evita salir a la calle, ver a la gente o tiene que maquillarse durante horas para “disimular su anomalía”. La zona afectada suele situarse en la cara (cabello, nariz, piel, ojos, labios, mandíbula); a veces la queja abarca la estructura general de la cabeza o cara. Pero también es frecuente que se localice en otras zonas corporales como pechos, nalgas, pene, cintura, piernas, etc. Suele asociarse con ideas de referencia en el sentido de que la gente que les rodea observa minuciosamente su anomalía.

4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **↑ Enfermedades orgánicas** que produzcan síntomas físicos: es el principal diagnóstico diferencial de los trastornos somatomorfos. Hay que solicitar las pruebas complementarias específicas para descartar enfermedades como esclerosis múltiple, miastenia gravis, lupus, porfiria aguda o endocrinopatías. En el trastorno de conversión este diagnóstico diferencial es especialmente difícil y, de hecho, se demuestra que tras varios años de seguimiento, en el 25-50% de los pacientes se diagnostica una enfermedad generalmente neurológica.
- **Otros trastornos psiquiátricos:** casi todos los trastornos somatomorfos se acompañan de otros trastornos psiquiátricos como depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, etc. En estos casos los síntomas específicos del trastorno somatomorfo tienen que ser predominantes. Si destacan los síntomas psicóticos, el diagnóstico sería el propio de una psicosis.
- **Simulación y trastorno facticio:** en ellos, los síntomas se mantienen bajo control consciente y voluntario. En la simulación existe ganancia secundaria (generalmente de tipo económico o la posibilidad de libertad en los individuos carcelarios), mientras que en el trastorno facticio el beneficio es primario, y consiste en la sensación de compañía y pertenencia que obtienen con la hospitalización.
- **Anorexia nerviosa:** el trastorno dismórfico corporal debe diferenciarse de esta enfermedad en la que también existe una distorsión de la imagen corporal pero relacionada exclusivamente con el exceso de peso, no con una deformidad corporal.

5. TRATAMIENTO

5.1. ABORDAJE EN ATENCIÓN PRIMARIA

La mayoría de estos pacientes son tratados a este nivel porque se niegan a ser derivados a salud mental. Existen una serie de recomendaciones terapéuticas propuestas por el grupo de Smith y que resumimos en la tabla 3.

Tabla 3. Normas de buena práctica clínica en atención primaria con los pacientes con trastornos de somatización

El paciente debe ser atendido por un solo médico: su médico de familia.
Planificar citas regulares cada 4-6 semanas como máximo.
Realizar consultas breves que sean posibles en la agenda del médico de familia.
Explorar siempre la zona de la que se queja el paciente.
Buscar signos. Los síntomas deben ser interpretados en un contexto comunicacional.
Evitar pruebas diagnósticas que no sean imprescindibles para evitar yatrogenia y gasto sanitario. Deben solicitarse basadas en los signos, no en los síntomas.
Evitar diagnósticos espúreos y tratamientos innecesarios.
Tranquilizar y reasegurar.
Derivar adecuadamente a los servicios psiquiátricos.

5.2. ABORDAJE EN SALUD MENTAL

5.2.1. Farmacológico

Apenas existen estudios controlados aleatorizados sobre el tema, por lo que no existe suficiente base científica para realizar recomendaciones clínicas fiables. Sí que existen algunos estudios sobre el tratamiento farmacológico del dolor, que es el síntoma más frecuente en estos trastornos. Las principales recomendaciones son:

- Si no existe depresión asociada, los antidepresivos serotoninérgicos no son superiores al placebo en el tratamiento del dolor.

- Los antidepresivos tricíclicos y duales poseen una acción antiálgica específica, al actuar sobre el sistema analgésico no opiáceo. Por esta razón, se recomienda el uso de antidepresivos tricíclicos (imipramina, clomipramina, amitriptilina) o duales (duloxetina, venlafaxina, mirtazapina) a las dosis habituales en la depresión.
- Otros fármacos útiles, que suelen asociarse a los antidepresivos, son la carbamacepina (tradicionalmente utilizada con éxito en dolores neurógenos) y los nuevos fármacos gabapentina y pregabalina.
- En la hipocondriasis y el trastorno dismórfico corporal, patologías relacionadas con la depresión y el trastorno obsesivo-compulsivo, serían de elección los serotoninérgicos.
- En el trastorno dismórfico, si la intensidad de la preocupación es delirante, se recomienda el neuroléptico pimozide.
- El trastorno de conversión responde poco a fármacos, y sólo se recomiendan benzodiacepinas de forma puntual si no hay depresión asociada.

5.2.2. Psicoterapéutico

Se han descrito tratamientos exitosos de los trastornos somatomorfos (sobre todo con síntomas digestivos, tipo intestino irritable) con psicoterapia dinámica breve siguiendo el modelo de Guthrie.



- Los tratamientos con mayor número de estudios de eficacia son los cognitivo-conductuales a partir de modelos como el de Sharpe. En él se abordan las cogniciones disfuncionales mediante reestructuración cognitiva, modificando la atribución de los síntomas hacia causas psicológicas o ambientales y explicando la importancia de la atención en la percepción amenazadora de los síntomas. A nivel conductual, se favorece la extinción de la búsqueda de ayuda médica mientras se incrementa gradualmente la actividad física. Para el manejo de los aspectos fisiopatológicos, como la ansiedad y los síntomas vegetativos, se propone el entrenamiento en relajación. Por último, para la mejora de las relaciones interpersonales se



emplea entrenamiento en habilidades sociales y desarrollo de la asertividad, así como terapia de resolución de problemas para el manejo de conflictos. Tanto la psicoterapia dinámica como la cognitivo-conductual pueden administrarse a nivel grupal, mejorando el coste-efectividad.

- En los pacientes con escasa conciencia de enfermedad y negativa a recibir una psicoterapia reglada, se propone el uso de modelos educativos grupales basados en las recomendaciones de Smith. Se realiza en grupos de 8-10 pacientes y se estructura en forma de 8 sesiones de 90 minutos. Su objetivo es promover la ayuda mutua entre los miembros, compartir métodos de afrontamiento de los síntomas físicos y aumentar la capacidad de los pacientes para expresar emociones. El ambiente de tipo educativo, no psicoterapéutico, mejor aceptado por los enfermos. En cada sesión se exponen temas como la forma de afrontar las molestias

físicas, la asertividad en las relaciones interpersonales, cómo adquirir más control en la vida diaria y cómo resolver problemas.

-  El trastorno de conversión suele resolverse espontáneamente, por lo que el principal tratamiento es el descanso, acompañado de ansiolíticos y/o relajación. No hay que confrontar al paciente con el origen psicológico de los síntomas, sino sugerir la posibilidad de que el estrés que soporta el individuo haya podido facilitar la aparición del cuadro. En los casos más crónicos, se impone psicoterapia de tipo dinámico o cognitivo-conductual.
-  En el trastorno dismórfico corporal, cualquier intervención quirúrgica de tipo estético, no sólo no mejora el cuadro sino que se encuentra contraindicada porque implica iniciar una cadena interminable de enorme yatrogenia. También se ha demostrado la eficacia de la psicoterapia cognitivo-conductual.

RECOMENDACIONES CLAVE

Los pacientes con trastornos somatomorfos son reacios a admitir que padecen un trastorno psiquiátrico. No es necesaria una atribución psicológica de sus síntomas para recibir tratamiento. Aceptan más fácilmente que pueden estar deprimidos debido a sus síntomas físicos.

Excepto la hipocondriasis y el trastorno conversivo, los otros trastornos tienden a la cronicidad. Los pacientes no esperan una remisión completa de sus síntomas y nunca hay que asegurarles tal cosa. Sobre todo estos pacientes esperan que se les escuche.

6. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Woolfolk RL, Allen LA. Treating somatization. New York, USA: The Guilford Press, 2007.

Maj M, Akiskal HS, Mezzich JE, Okasha A. Somatoform disorders. Chichester, GB: Wiley & Sons Ltd, 2005.

García-Campayo J, Salvanés R, Alamo C. Actualización en trastornos somatomorfos. Madrid: Ed. Panamericana. 2002.

Belloch A, Martínez MP. Trastornos somatomorfos, hipocondría. Madrid: Ed. Klinik. 1999.

Moix J, Kovacs F. Manual del dolor. Tratamiento cognitivo-conductual del dolor crónico. Buenos Aires: Ed. Paidós. 2009.

7. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Ávila MD. Hipocondría. Barcelona: Ed. Martínez Roca. 1993.

Miró J. Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer. 2003.

García-Parajuá P, Caballero Martínez L. Otras patologías psiquiátricas en atención primaria: dosmorfofobia, anorexia, bulimia y obesidad. Madrid: Ed. Luzán. 2002.

Freud S. Escritos sobre la histeria. Madrid: Ed. Alianza. 2002.

Manu P. Functional somatic symptoms. Cambridge: Ed. Cambridge University Press. 1998.





40. TRASTORNOS DISOCIATIVOS



Autoras: Purificación Carricajo y Mari Paz Alarcón
Tutora: María José Martínez
Hospital General Baix Vinalopo Elx. Alicante

CONCEPTOS ESENCIALES

La Disociación es un mecanismo psicológico de defensa en el cual la identidad, memoria, ideas, sentimientos o percepciones propias se encuentran separadas del conocimiento consciente y no pueden ser recuperadas o experimentadas voluntariamente.

En los Trastornos Disociativos la relación funcional entre los síntomas y el conflicto suele ser evidente.

Para el adecuado abordaje terapéutico es importante subrayar la base emocional de la alteración, evitando que el paciente se sienta descalificado y transmitiendo la idea de que cada problema debe ser resuelto en el terreno que corresponde y no en otros códigos ajenos a él.

1. INTRODUCCIÓN

↑ La característica principal de estos trastornos consiste en la alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Para su adecuada evaluación y estudio debe tenerse en cuenta la perspectiva intercultural del paciente, pues frecuentemente este tipo de síntomas son una expresión de la propia cultura y/o de la religión de las distintas sociedades.

➔ Este grupo de trastornos comprende:

- Amnesia disociativa.
- Fuga disociativa.
- Trastorno de despersonalización.
- Trastorno de identidad disociativo (trastorno de personalidad múltiple).
- Otros trastornos disociativos no especificados:
 - Estupor disociativo.

- Trastornos disociativos de la motilidad.
- Trastorno disociativo de trance y posesión.
- Síndrome de Ganser.

2. EPIDEMIOLOGÍA

Son pocos los estudios rigurosos sobre la prevalencia de los trastornos disociativos. La amnesia disociativa es el síntoma más común, llegándose a detectar en un 6 % de la población. No existen diferencias en la incidencia entre sexos, la mayoría tiene lugar durante la adolescencia o en la edad adulta. La fuga disociativa se describe sobretodo en guerras, desastres naturales o experiencias estresantes masivas. Fenómenos como la despersonalización y la desrealización se describen comúnmente en población normal, y tras la depresión y la ansiedad son los síntomas psiquiátricos más frecuentes. Son habituales en los pacientes con migraña y epilepsia, en los usuarios de drogas, especialmente marihuana y LSD, también tras un traumatismo craneal, sobre-



todo si hubo inconsciencia de más de 30 min. La despersonalización es de dos a cuatro veces más frecuente en mujeres, similar al trastorno de identidad disociativo, que es hasta cinco veces más frecuente. La prevalencia real del trastorno no se conoce, pero han aumentado los casos en los últimos años. Este hecho puede deberse a diversos factores: una mayor concienciación entre los profesionales de salud mental, la disponibilidad de criterios diagnósticos específicos y la disminución de diagnósticos erróneos.

3. ETIOPATOGENIA

Diversos factores biológicos y psicosociales están implicados en la génesis de los trastornos disociativos:

Factores biológicos:

- Las reacciones primarias de entrega o sobrecogimiento ante una situación amenazante (características en los niños) producen una considerable inhibición vagal con posterior activación de las vías mesolímbocorticales dopaminérgica responsables de la modulación afectiva. La conexión de estas vías y el sistema opioide explica las alteraciones en la percepción que ocurren en la disociación.
- En condiciones experimentales, pueden ser inducidos estados disociativos mediante la estimulación del sistema opioide endógeno. Otros sistemas de neurotransmisión como el serotoninérgico y noradrenérgico también se encuentra implicado en la rememoración de sucesos traumáticos.

Factores psicosociales:

- Experiencias traumáticas infantiles. Muchos pacientes refieren abusos o maltrato en la infancia.
- Características de la personalidad: Como mecanismo psicológico, no patológico en sí mismo, la disociación podría resultar una función adaptativa de la personalidad que permitiera automatizar ciertas conductas y mantener activa la atención. Ciertas características como la hipnotizabilidad o sugestionabilidad se encuentran fuertemente asociadas.

- Debe tenerse en cuenta la perspectiva intercultural del paciente.

4. CLÍNICA

4.1. AMNESIA DISOCIATIVA

La amnesia disociativa es un cuadro de amnesia típicamente retrógrada y reversible que no puede atribuirse al efecto de drogas, enfermedades neurológicas u otras patologías, en el cual el paciente no recuerda información personal importante. Los olvidos se refieren a episodios biográficos, generalmente episodios traumáticos. Éstos se encuentran implícitamente relacionados con la aparición de síntomas y suelen acompañarse de ideas intrusivas, imágenes oníricas o emociones inesperadas tras estímulos aparentemente neutros. En los días previos suele haber olvidos leves o sensaciones de extrañeza y pérdida de familiaridad con lo que les rodea.

Tipos de amnesia disociativa:

- Localizada o circunscrita: incapacidad para recordar eventos que ocurrieron durante un periodo específico de la vida del sujeto.
- Selectiva: capacidad para recordar algunos, pero no todos, los acontecimientos relativos a un periodo de tiempo circunscrito.
- Generalizada: incapacidad para recordar todo lo ocurrido en su vida.
- Continua: no pueden recordar acontecimientos sucesivos a medida que acontecen.
- Sistematizada: pérdida de memoria de ciertas categorías de la información, por ejemplo relativos a la familia o a una persona concreta.

4.2. FUGA DISOCIATIVA

La fuga disociativa tiene lugar en sujetos, aparentemente bien adaptados, que llevan a cabo desplazamientos repentinos e inesperados fuera del hogar o de su centro de trabajo, con incapacidad de recordar alguna parte o la totalidad de su historia personal. Se acompaña de confusión sobre la propia identidad sin otros fallos cognitivos, pudiendo adoptar una nueva identidad, por lo que se encuentra con frecuencia asociado al trastorno de identidad disocia-

tivo, aunque no aparece exclusivamente en éste. Los episodios suelen ser breves, de minutos a meses. Tiende a la remisión y no suele repetirse. Cuando la fuga finaliza, el paciente puede experimentar confusión, despersonalización, amnesia y otros síntomas disociativos. A medida que el paciente se encuentra menos disociado puede manifestar síntomas de trastorno del estado de ánimo, sobretodo ansiedad o ideas de suicidio.

Clasificación de la fuga disociativa:

- Clásica: amnesia biográfica, cambio en la identidad y asentamiento en un nuevo lugar.
- Amnesia de la identidad personal: sin cambio de la identidad.
- Regreso a un período anterior de la propia existencia: amnesia del tiempo transcurrido desde la fuga y sin cambio en el estatus de la identidad.

4.3. TRASTORNO DE DESPERSONALIZACIÓN

Entendemos por trastorno de despersonalización la presencia de episodios persistentes o recidivantes caracterizados por la sensación de extrañeza o distanciamiento de uno mismo. El individuo se siente como si fuera un autómatas o estuviera viviendo en un sueño o en una película. Puede existir la sensación de ser un observador externo de los procesos mentales, del propio cuerpo o de una parte de él. También puede observarse anestesia sensorial, ausencia de respuesta afectiva y sensación de pérdida de control de los propios actos, aunque siempre el enfermo con despersonalización mantendrá intacto el sentido de la realidad. Muy a menudo, el paciente puede tener dificultad para describir sus síntomas y sentir temor a que estas sensaciones signifiquen que está «loco». En ocasiones a la despersonalización se asocian también fenómenos de desrealización, vividos por el enfermo como si el mundo exterior fuera extraño o irreal. En algunos casos la pérdida de sentimientos característica de la despersonalización puede asemejarse a la percibida en un trastorno depresivo mayor y en otros casos, coexistir con él. También puede presentarse de forma comórbida con ansiedad, ideas obsesivas o quejas somáticas.

4.4. TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO (Trastorno de personalidad múltiple)

Se caracteriza por la existencia de 2 o más identidades o estados de personalidad en un solo individuo. Las identidades alternas se definen como constructos mentales, cada uno con su propio patrón relativamente duradero de pensamientos, emociones, percepciones y experiencias subjetivas. Su evolución es fluctuante y con tendencia a la cronicidad. Entre el primer síntoma y el diagnóstico suelen transcurrir entre 6 y 7 años. La presentación más típica es la de un trastorno psiquiátrico refractario o mediante múltiples síntomas somáticos. La mayoría de los pacientes presentan episodios notables y repetidos de amnesia disociativa. El cambio de personalidades y la ausencia de consciencia del propio comportamiento en las otras personalidades convierten a menudo en caótica la vida del enfermo. Como las personalidades con frecuencia interactúan entre ellas, el paciente refiere oír conversaciones internas y las voces de otras personalidades.

4.5. OTROS TRASTORNOS DISOCIATIVOS NO ESPECIFICADOS

4.5.1. Estupor disociativo

El estupor disociativo es la disminución o ausencia de los movimientos voluntarios o del habla. Se conserva el tono muscular, la posición en reposo y los movimientos de respiración normales. Puede ir acompañado de anestesia disociativa con pérdida de las sensaciones cutáneas en todo o alguna parte del cuerpo y/o la pérdida parcial o total de la visión, audición u olfato. Como vemos, se caracteriza por cumplir todos los criterios clínicos del estupor pero sin etiología somática.

4.5.2. Trastornos disociativos de la motilidad

En los trastornos disociativos de la motilidad hay una pérdida de la capacidad para realizar los movimientos que normalmente se encuentran bajo control voluntario, incoordinación, ataxia o incapacidad de permanecer de pie sin ayuda. Aquí se incluye la afonía y disfonía psicógena. También se han descrito las convulsiones disociativas, aparición de movimientos espasmódicos, de forma brusca e inesperada, muy parecidas a cualquier crisis epiléptica pero que no se siguen de pérdida de conciencia.



4.5.3. Trastorno disociativo por trance

El trance se manifiesta a través de una alteración, temporal y marcada, del estado de consciencia. Una variante es el trance de posesión, caracterizado por el intercambio entre la identidad habitual del individuo y otra nueva que suele atribuirse a un espíritu, poder divino u otra persona. Bajo este estado el paciente exhibe conductas estereotipadas (p. ej. cambios del tono de voz) y tiene la sensación de que es controlado. Después existe una amnesia parcial o completa del acontecimiento. Este estado no debe formar parte de una práctica cultural o religiosa aceptada normalmente.

4.5.4. Síndrome de Ganser

Síndrome caracterizado por respuestas de aproximación (pasar por alto la respuesta correcta para proporcionar otra, relacionada pero incorrecta). Las respuestas son aproximadas e indican que la pregunta se ha comprendido, por ejemplo si se les solicita un cálculo ("2+2 = 5"), una información general ("la capital de España = Alicante"). Está asociado a desorientación temporoespacial, conservación de la memoria y producción voluntaria de síntomas psiquiátricos conocidos por el paciente. En la mitad de los casos el paciente refiere alucinaciones visuales y auditivas.

5. DIAGNÓSTICO

Las pautas generales para el diagnóstico de los trastornos disociativos según la CIE 10 son:

- Presencia de las características clínicas ya especificadas para cada uno de los subtipos.
- Tras las exploraciones clínicas complementarias, ausencia de un trastorno somático que pueda explicar los síntomas.
- Evidencia de una génesis psicógena, en forma de una clara relación temporal con acontecimientos biográficos estresantes y problemas o relaciones personales alteradas (aunque sean negados por el enfermo).

Para realizar el diagnóstico, se debe realizar un examen físico y psiquiátrico.

Las principales pruebas complementarias que se deben solicitar son una analítica completa con he-

mograma, bioquímica, hormonas tiroideas y análisis de orina con determinación de tóxicos. Se puede realizar un electroencefalograma y TAC craneal.

Determinadas pruebas psicológicas especializadas pueden ayudar al médico a caracterizar las experiencias disociativas de la persona, entre las escalas que se pueden utilizar se encuentran la escala de *screening* DES (Dissociative Experiences Scale) de Bernstein y Putnam (1986), de cuyos 28 *items* se extraen 8 que componen la subescala DES-T. Otra escala diagnóstica es la de Ross (1989) y la escala más amplia sobre este tema es la SCID-D (Steinberg 1994).

Existen una serie de características generales que abogan a favor del diagnóstico de un trastorno disociativo:

- Los síntomas-signos son una caricatura de la realidad clínica orgánica.
- La sintomatología aparece o desaparece bajo influjo de sugestión o por circunstancias fortuitas.
- Antecedentes frecuentes de distintos o similares episodios de naturaleza psicógena.
- Mayor incidencia de trastornos sexuales y afectivos, historia anterior de enfermedades vagas o no diagnosticadas e inhibición afectiva.
- La relación funcional entre los síntomas y el conflicto suele ser evidente.

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Sería necesario realizar un diagnóstico diferencial con los trastornos disociativos en los siguientes cuadros:

- Enfermedad médica:
 - Accidente cerebro vascular.
 - Traumatismo craneoencefálico.
 - Epilepsia: crisis parciales complejas, epilepsia del lóbulo temporal.
 - Demencia.
 - Consumo de tóxicos.
 - Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad.
 - Fatiga extrema.

- Esquizofrenia.
- Episodio maníaco, trastorno bipolar con ciclos rápidos.
- Estupor catatónico, precedido de sintomatología psicótica o alteraciones del comportamiento y estupor maniaco y depresivo (es necesario realizar el diagnóstico diferencial con el estupor disociativo).
- Trastorno de angustia.
- Fobia social.
- Trastorno por estrés agudo y trastorno por estrés postraumático.
- Trastorno de somatización.
- Trastorno de personalidad.
- Simulación y trastornos facticios.

7. TRATAMIENTO

En primer lugar, la mayoría de estados disociativos tienden a remitir al cabo de unas pocas semanas o meses, en especial si su comienzo tuvo relación con un acontecimiento biográfico traumático. En ocasiones pueden presentarse estados crónicos, que van surgiendo de un modo lento y progresivo y están relacionados con problemas insolubles o dificultades personales. En los casos en que el trastorno persiste más de uno o dos años antes de recibir atención psiquiátrica, suele ser resistente a los tratamientos.

En líneas generales, en el abordaje de los trastornos disociativos hay que evitar que el paciente se sienta descalificado, pues éste es muy sensible a las actitudes del entorno y la percepción de señales de rechazo o incredulidad provocaría un agravamiento de los síntomas. Los antiguos planteamientos terapéuticos incidían en que el paciente procesara los elementos traumáticos. Pero con el tiempo se observó que los enfermos se descompensaban con crisis y autolesiones al empezar con este trabajo, por lo que se hizo indispensable una etapa previa de estabilización y de establecimiento de seguridad en la relación terapéutica, etapa fundamental del tratamiento. Algunos autores afirman incluso que muchos pacientes no podrán pasar de esta etapa y que, en no pocos casos, no estará indicado trabajar directamente con los recuerdos traumáticos.

➔ Por lo tanto, el esquema de tratamiento de los trastornos disociativos, al tratarse de cuadros de origen postraumático, seguirá las líneas bien definidas de tratamiento del trauma:

- Fase de estabilización.
- Procesamiento de los recuerdos.
- Reconexión.

En la fase de estabilización, debe ponerse el énfasis en establecer una buena alianza terapéutica y educar al paciente acerca de sus problemas y sobre el proceso del tratamiento. Para que la terapia evolucione de una forma estable y conseguir una buena evolución es crucial mantener un marco terapéutico sólido y un entorno capaz de contener. En la fase de rememoración trabajaremos con el trauma propiamente dicho. Y finalmente, en la fase de reconexión podremos dedicarnos a la reintegración de la personalidad y la recuperación de la funcionalidad interpersonal y social.

El enfoque terapéutico más empleado es la terapia de orientación psicodinámica, pero se asocian otro tipo de técnicas:

- Psicoterapia de apoyo, con intervenciones generales de apoyo, psicoeducación, potenciando así la sensación de control del paciente, reduciendo la culpa, la vergüenza y la ansiedad y el aprendizaje de habilidades de afrontamiento.
- Protocolos individualizados de intervención en crisis, entre ellos, planes para hospitalización a corto plazo.
- Las intervenciones cognitivas son útiles para contribuir a que este tipo de pacientes afronte sus patrones distorsionados de pensamiento.
- La hipnosis no es en sí misma un tratamiento, es un catalizador capaz de facilitar muchos procesos terapéuticos.
- Muchos terapeutas han aplicado ideas derivadas de la terapia de conducta dialéctica de Linehan (1993).
- Se ha empleado una técnica, la Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR, Shapiro, 1995), en pacientes con trastorno de identidad disociativo. No existen pruebas



de que el empleo de los movimientos oculares estructurados durante el tratamiento tenga un efecto específico. Por sí sola no resulta suficiente como tratamiento en este tipo de pacientes y debe emplearse en el contexto de una psicoterapia más basada en la conversación e interactiva.

- Los grupos estructurados de apoyo diseñados para promover el funcionamiento y prevenir la discapacidad crónica pueden ser complementarios al tratamiento. Algunos grupos proporcionan un contexto en el cual los recuerdos son recuperados y procesados pero, en general, los grupos que se centran o abordan el trauma perturban a los pacientes disociados.
- En algunos casos se puede utilizar la terapia de pareja y familiar.

En cuanto al tratamiento con psicofármacos, no se ha demostrado que ningún fármaco resuelva los síntomas, se emplean para tratar cuadros coexistentes,

paliar la intensa disforia y disminuir determinados síntomas diana. Este tipo de intervenciones puede disminuir de forma indirecta la magnitud de la psicopatología disociativa. Son buenos paliativos los ansiolíticos y sedantes, pero es raro que ofrezcan alivio completo y existe una propensión a su utilización incorrecta. En numerosas ocasiones resultan útiles los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) sobre los síntomas de depresión, ansiedad, angustia y sobre el trastorno por estrés postraumático. Los antipsicóticos atípicos, estabilizadores del estado de ánimo o antiepilépticos, pueden ser útiles en determinados pacientes, pero no se ha establecido un papel firme de estos fármacos. Publicaciones anecdóticas indican que los antipsicóticos atípicos, en particular la olanzapina, pueden disminuir el caos en algunos pacientes con trastorno de identidad disociativa. Las entrevistas facilitadas con fármacos poseen una tradición en el tratamiento del trauma, a pesar de que se informó que el amobarbital sódico no era superior a placebo para generar información clínicamente útil.

RECOMENDACIONES CLAVE

La exploración del paciente disociativo debe ser especialmente cuidadosa, pues son hipersensibles a las actitudes del entorno. La percepción de señales de rechazo o incredulidad se traduce en un empeoramiento de los síntomas.

Una vez resueltos los síntomas agudos, el tratamiento debe orientarse al análisis de los conflictos y a la reeducación del paciente.

Para que la terapia evolucione de una forma estable y conseguir una buena evolución, es crucial mantener un marco terapéutico sólido y un entorno capaz de contener.

8. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Glen O. Gabbard. Tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Barcelona: Ed. Ars Médica. 2008.

Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 6ª ed. Barcelona: Ed. Elsevier Masson. 2006.

Hales R, et al. Tratado de psiquiatría. 2ª edición. Ed. Ancora S.A. 2007.

Sadock BJ. Kaplan & Sadock's sinopsis de psiquiatría. 10ª edición. Ed. LWW España. 2009.

Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C. Tratado de Psiquiatría, vol II. Barcelona: Ed. Ars Médica. 2005.

9. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

González Vázquez A. Diagnóstico de los trastornos disociativos. Ed. Interpsiquis. 2004.

González Vázquez. A Tratamiento de los trastornos disociativos. Ed. Interpsiquis. 2008.

Gelder M, et al. Tratado de Psiquiatría. Ed. Ars Médica. 2003.

Barcia Salorio D. Tratado de psiquiatría. Ed. Arán ediciones S.A. 2000.

Palomo T, Jiménez Arriero MA. Manual de Psiquiatría. Ed. Ene- Life. 2009.





41. LA HISTERIA



Autoras: Iria Prieto Payo y Laura Martín López-Andrade
Tutor: Fernando Colina Pérez
Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

CONCEPTOS ESENCIALES

La histeria es una estrategia universal del deseo.

Sus manifestaciones dependen del sujeto y de la recepción social.

Su estructura se organiza en torno a tres vértices: ocultación, oposición y tentación.

1. HISTORIA

➔ El término histeria designa un conjunto de síntomas singulares, un tipo de personalidad y una estrategia del deseo común a todas las personas. La etimología nos remite a la teoría uterina. El término surge en la medicina egipcia hace 4.000 años, cuando se creía que el útero emigraba por el cuerpo dando lugar a molestias ubicuas y cambiantes. Hipócrates y Galeno mantienen la misma concepción pero, sin cambiar esta imagen de movilidad, la integran entre las enfermedades del alma causadas por las pasiones. En el siglo XVI, si bien sigue siendo una alteración circunscrita a la sexualidad femenina, se la relaciona con la posesión demoníaca y con la brujería, mientras que, a través de la obra de Paracelso, empieza a ganar importancia el papel de la imaginación.

En el siglo XVIII, la teoría neurológica empieza a desplazar a la uterina y pasa a integrarse dentro de las neurosis, entendidas entonces en su sentido original de afectación del sistema nervioso. Sydenham, por su parte, advirtió que las alteraciones emocionales podían provocar que sus pacientes histéricas llegaran a imitar enfermedades que previamente habían observado o conocido, anticipando la posterior importancia del mimetismo histérico.

Con Briquet y Charcot, ya en el siglo XIX, mejora el estudio de los síntomas somáticos. Para ellos las manifestaciones conversivas siguen siendo secundarias a alteraciones de las fibras nerviosas, aunque ya conocen que por la hipnosis y la sugestión se puede llegar a reproducir los síntomas.

En un paso más por este breve recorrido histórico, la concepción «moral» de Pinel sobre las enfermedades mentales, o las nociones psicógenas y dinámicas de Janet, van enunciando de un modo más explícito las relaciones con «lo oculto», «lo que se calla» o «lo que se desconoce de uno mismo», aspecto que siempre ha rodeado a la histeria desde sus inicios. Sin embargo, el origen sexual de sus manifestaciones no se impone hasta Freud. Es Freud, finalmente, quien la identifica con una forma de neurosis nacida de un conflicto entre la presencia de deseos inconscientes y las defensas del Yo que los considera intolerables y los impiden. La conversión, considerada como un defecto motor o sensitivo que no se corresponde con una delimitación nerviosa, sino con una representación simbólica del cuerpo, se convierte en el síntoma principal.

➔ Bajo la influencia del psicoanálisis ha permanecido hasta hace unas décadas como la neurosis por excelencia, sólo importunada en su hegemonía por la neurosis obsesiva. Sin embargo, la psiquiatría



«científica», conductual y biológica, hoy dominante, ha optado por ignorarla y la ha eliminado de su nosografía, dando así testimonio de su incapacidad para la escucha.

2. CONCEPTO

➡ La histeria es, antes que nada, una estrategia universal del deseo. Un procedimiento que, aunque puede presentar formas patológicas, en sí mismo no constituye una enfermedad. Su presencia es patente en cada uno de nosotros, pues todos somos en cierta medida histéricos. En tanto que somos sujetos de deseo, quien más y quien menos utiliza recursos histéricos para resolver las dificultades que se le van presentando. Cuando estos se intensifican se organiza como una de las neurosis clásicas –la neurosis histérica– o se disuelve en formas de disociación características –locuras histéricas–. La histeria patológica, la que desborda los límites convencionales de la normalidad, no se puede acotar para estudiar su epidemiología. No admite ese abordaje. Sus manifestaciones no son constantes ni uniformes, por lo que no es posible sistematizar las variedades. Su plasticidad y la adaptación continua de sus síntomas a los cambios sociales y a la distinta recepción de sus quejas, justifica que se recuerde siempre la frase de Lasègue (1816-1883): «La histeria no ha sido definida nunca, ni lo será jamás». Este hecho nos compete y, hasta cierto punto, explica la ambigüedad que el residente puede encontrar en la lectura de este capítulo.

⬆ Tampoco se puede estudiar su etiopatogenia. No es un trastorno de causa biológica. Todo lo contrario: es el desafío que las respuestas subjetivas lanzan a la causalidad física. De ahí que tienda a desaparecer y a no ser nombrada en la psiquiatría positivista, que responde ignorándola, borrándola de su saber, o medicalizando a trancas y barrancas su provocación –como en el caso actual de la fibromialgia–. Ahora bien, aunque su causa no sea somática el escenario de la histeria es el cuerpo. El cuerpo entendido para la ocasión no como agente etiológico sino como espacio de la encarnación de la palabra. El cuerpo en la histeria dice todo lo que ella calla y reprime. Toda manifestación histérica, por tanto, buscará el cuerpo para representar sobre él sus conflictos e inscribir su resistencia a dejarse atrapar por la causalidad física.

3. ESTRUCTURA

Conocer la estructura sobre la cual se sostiene un sujeto neurótico es algo primordial en el ejercicio clínico. Sólo de este modo podremos intentar comprender lo que viene a decirnos, discernir sus conflictos e intuir lo que calla o no sabe. No olvidemos que nuestra labor comienza porque alguien nos cuenta «qué le pasa» para poder deducir «por qué le pasa». Y el único instrumento del que disponemos en esta tarea es la palabra. Proponemos estudiar la estructura histérica en torno a tres vértices: ocultación, oposición y tentación.

3.1. OCULTACIÓN

➡ Todo lo que admite la calificación de histérico se rodea de distintas formas de ocultación. Una atmósfera de afectación acompaña a todas sus expresiones, concediendo a nuestro protagonista un aire característico de artificialidad, de no estar nunca en su sitio y de ausentarse de ese lugar donde los hombres se enfrentan con lo auténtico y verdadero. De hecho, la fabulación y un exceso de fantasía que puede llegar a la pseudología, desfiguran al histérico y le proveen de un tono de impostura y amaneramiento que rompe la expresión natural de los sentimientos.

Su capacidad para desplazar las representaciones y reprimirlas fuera de la conciencia es proverbial. Mediante la represión y el desplazamiento, sus dos mecanismos de defensa más genuinos, consigue alejar y oscurecer sus padecimientos hasta lograr la clásica «bella indiferencia» con que se presenta ante nosotros. En este mismo orden de cosas incluimos los grandes recursos de la histeria para el mimetismo y la plasticidad. Es célebre la referencia de Sydenham (1624-1689) a su condición proteiforme y camaleónica. Una personalidad resbaladiza, que no se parece a sí misma sino a todas las demás, define bien al sujeto histérico, como si su capacidad de identificación múltiple y de enmascaramiento gozara de una condición especial. Esta experiencia de multiplicación muestra su pericia cuando la histeria es triunfante, esto es, cuando los síntomas tienen éxito y aceptación, tanto íntima como socialmente. Pero exhibe su fracaso cuando se entrega a una suerte de desequilibrio disociativo, que puede ser extremo con ocasión de las grandes crisis, ejemplo de desorden onírico, agitación y fiesta dionisiaca. Por otra parte, su conocida inclinación al desbordamiento teatral

de los personajes no es sino fruto de su tendencia a la identificación. Las identificaciones en la histeria son imperativas pero lábiles y muy imaginarias, muy visuales, centradas casi siempre en el campo de la mirada. De ahí deducimos también su inclinación a la sugestionabilidad y su subordinación a una suerte de contagio histérico muy característico. De la histeria, de hecho, se ha dicho que no necesita interlocutores sino espectadores, pues su ocultación se acompaña de una fuerza proporcional e inversa de llamar la atención de los demás. Lo que conocemos como histrionismo se caracteriza por la exageración, la puerilidad, el egocentrismo y el exhibicionismo, gestos que el histérico compagina perfectamente con ese lenguaje críptico del cuerpo que tan bien conoce y con el que pone a prueba los conocimientos médicos.

➔ Sin embargo, la ocultación no debe entenderse como una simulación o como la búsqueda de provecho directo o a través de los beneficios secundarios que puedan proveer los síntomas. No consiste en fingir. Se trata más bien de una defensa inconsciente que busca beneficios primarios, es decir, psicológicos, vinculados al propio conflicto psíquico. Incluso los trastornos facticios, que no procuran más provecho que «asumir el papel de enfermo», encajarían a la perfección en esta forma histérica de ocultación.

3.2. OPOSICIÓN

La oposición es otro de los rasgos principales de la histeria. Da cuenta de la rivalidad y el combate, de esa necesidad tan reveladora de desafiar al otro y triunfar sobre él.

➔ La histeria, por lo tanto, exige lucha, pero lo específico de ella es que no plantea una lucha entre iguales, sino una confrontación exasperante establecida desde una posición inicial de servidumbre e idealización. El histérico necesita primero idealizar al otro, sentirse relativamente inferior, sometido y, hasta cierto punto, humillado, para poder rebelarse a renglón seguido contra él. Su lucha precisa no sólo de conquista y seducción, según la imagen erótica tradicional, sino de rebelión y oposición frente a aquel de quien previamente ha aceptado sus órdenes. El histérico necesita como pocos un jefe al que obedecer pero, en especial, para intentarle derrocar. Por ello entendemos que en su círculo de relaciones suceda con frecuencia que, allí donde todo transcurría bien engrasado bajo

el estímulo de la atracción, la cesión y la seducción, se convierta repentinamente en una atmósfera insostenible de reivindicación. Una exigencia que con frecuencia adopta el lenguaje de la culpabilización del otro o la adopción del papel de víctima, como si el histérico se sintiera acreedor privilegiado de una sociedad que siente en deuda indefinida. De este modo, la histeria encuentra dos caminos a elegir, o el camino de la entrega, la abnegación y el sacrificio, o el del victimismo reivindicador, especialmente cuando la sociedad, como sucede en el presente, se inclina a proteger y ensalzar con facilidad a las víctimas.

3.3. TENTACIÓN

➔ La tentación es la tercera de las manifestaciones específicas de la histeria. La histeria quiere despertar el deseo del otro, aunque no precisamente para satisfacerlo. El encuentro con el histérico se caracteriza porque enseguida nos pone a trabajar. Trabajamos para él, para ponernos a su favor o para desvelar la verdad que nos solicita. La histeria nos seduce y tienta en los tres dominios principales del deseo: el sexual, el del poder y el del saber. Sin embargo, su tentación se caracteriza porque siempre acaba frustrándonos: una vez que ha logrado interesarnos, se vuelve repentinamente inapetente, y a renglón seguido nos desautoriza y tergiversa todos nuestros actos. En el fondo, la estrategia de la histeria no es más que una forma límite de la dialéctica hegeliana del deseo, que se resume bajo la fórmula que recupera Lacan: «El deseo es deseo de otro». La histeria, en efecto, alimenta cada una de las cinco acepciones en que podemos desdoblar la expresión:

- En primer lugar, significa que se quiere lo otro, lo diferente, lo que no coincide con uno mismo o lo distinto de lo que ya se posee. En definitiva, lo que nos falta: lo que no se tiene o lo que no se sabe. Visto desde esta perspectiva hay una insatisfacción propiamente histérica que coincide con ese descontento sustancial de la vida.
- En segundo lugar, viene a subrayar que todo deseo encarna el deseo de otro deseo más que venga a sustituirle después de su agotamiento. Se quiere lo que se quiere y, sobre todo, se quiere seguir deseando para evitar la inhibición y la tristeza depresivas. La insatisfacción histérica, tan constante y definitoria, se superpone aquí, según el modo caricaturesco del eterno inicia-



dor siempre frustrado, a la sucesión de deseos que en condiciones normales eslabonan la vida.

- ➡ En tercer lugar, alcanzando su significado más natural, indica que, por encima de todo, se quiere que el otro desee. Esto viene a decir que, más que atraernos el otro en sentido estricto, es su deseo el que nos interesa, pues sólo desde ese vaciamiento del otro somos capaces de articular nuestras apetencias. Seducir, a la postre, no es nada más que conseguir orientar hacia sí la escasez de los demás, hacer blanco en su desnudo y dar con el resorte que nos permite despertar en su corazón el vacío y la ausencia. La histeria, observada desde este ángulo, es la gran seductora universal. Fagocita como nadie el deseo ajeno. Despierta la falta en el otro con la misma habilidad con que se las amaña para generar culpa e incomodidad.
- ➡ En cuarto lugar, la frase defiende que deseamos lo mismo que desea el otro, pues en el deseo siempre hay una rivalidad recóndita. Desde niños queremos antes el juguete del hermano que el propio, simplemente porque lo que quiere el otro lo recubrimos de todas las excelencias. «Una mujer no atrae la atención por su bonito rostro, sino por el amor que su marido le tiene», escribió Ovidio. La histeria, en este sentido, es la deseante por excelencia y la gran trianguladora de la sociedad. Nada resulta más satisfactorio y triunfante para el histérico que conseguir que alguien se vaya con él bajo el precio de haber dejado a cualquiera.
- En quinto lugar, nos advierte que se desea a través de la huella de deseo que nos transmiten los demás. Vivir es incorporarse al deseo familiar, apropiarnos del deseo que previamente nos han cedido. Por ello, en nuestro interior siempre hay alguien que desea por nosotros. Debemos convivir con ese patrimonio familiar que nos incorpora a la vida como una propiedad más de nuestros progenitores, del que no acertaremos a desprendernos. Estamos hipotecados a los deseos que nos han ido cediendo y despertando los padres con su propio desear. De esta suerte se nos impone el deseo como se nos impone la lengua.
- Aquí la histeria, lógicamente, en tanto que extralimita esta dependencia, se convierte en la heredera principal del deseo de la Humanidad.

4. SINTOMATOLOGÍA

➡ Los síntomas de la histeria cambian con los tiempos. Lo hacen en virtud de las modificaciones de la cultura y de la recepción social de las quejas. En la sociedad occidental la conversión y las grandes crisis están hoy mal vistas, pues se desconfía de su aparatosidad y del carácter espurio que ponen en evidencia. Lo mismo sucede con las parálisis y las alteraciones sensitivas, que no resisten el análisis neurológico. Tampoco el histrionismo es bien recibido, pues el ambiente es más liberal y directo, por lo que no se admite tanta exageración para difrazar los tapujos de la conciencia. En cambio, los dolores, las somatizaciones, las actitudes victimistas y los cuadros depresivos son aceptados con los brazos abiertos por una sociedad muy tolerante con estos males de la modernidad. En la actualidad, el escenario principal de la histeria está ocupado por trastornos somatomorfos, dolores de toda índole, somatizaciones, manifestaciones neurovegetativas –gástricas, intestinales, respiratorias, urogenitales–, trastornos de la alimentación, insatisfacción psicosexual, etc. Todos ellos pueden esconder un origen histérico que sostiene la sintomatología. En el campo estrictamente psíquico, observamos que cualquier estado de ansiedad puede ser de origen histérico, como también lo son las elaboraciones fóbicas y, en especial, los síntomas depresivos, que hoy han sustituido a la psicastenia y la neurastenia antiguas. Lo mismo puede decirse de las formas más neuróticas del tan traído trastorno bipolar.

Por su parte, en un territorio ya más cercano de las psicosis, en cuyos límites promueve un gran problema de diagnóstico diferencial, están todas las formas clínicas disociativas: cuadros de desorden onírico, de personalidad múltiple, fugas, estados próximos a los de trance y posesión. Cualquier síntoma psicótico también puede ser reproducido por la histeria, aunque acompañado, naturalmente, de esa superficialidad que la caracteriza. Probablemente pocos problemas psicopatológicos sean más intrincados que el de diferenciar algunas formas de psicosis pseudo-histérica y de histerias pseudo-psicóticas.

5. DIAGNÓSTICO

Los problemas de diagnóstico que plantea la histeria se confunden con los de la psiquiatría misma. Todos los territorios nosológicos están comprometidos. Si

bien las manifestaciones más llamativas pueden convocar un consenso casi general, el resto de los síntomas serán valorados de un modo diferente en virtud de la formación del clínico, de acuerdo con sus referencias teóricas, e incluso según su propia personalidad. La tarea diagnóstica pasa por cuatro espacios distintos. En primer lugar, exige a menudo descartar la patología física bajo los síntomas somamorfos de condición histérica, tarea no siempre sencilla, en especial si el componente histérico sobreactúa y se superpone a una lesión o a un dolor real. Este elemento puede enmascarar la enfermedad, potenciar su expresividad o dotarla de una imagen falsa que nos confunda.

En segundo lugar, es recomendable plantearse el diagnóstico diferencial con la simulación, esto es, con el falseamiento consciente y voluntario. Dominio que no siempre está bien definido, pues la mentira sobreañadida a una sensación o un sentimiento verdaderos crea una mezcla a menudo inescrutable.

En un tercer momento, hay que diferenciar la histeria del resto de las neurosis específicas. Tarea que será sencilla cuando el cuadro esté bien tipificado, como en la neurosis obsesiva clásica, pero se mostrará complejo cuando haya que despejar el componente histérico que acompaña a las fobias, la angustia, las somatizaciones, la depresión o los trastornos afectivos en general.

➡ Por último, en algunas ocasiones nos veremos obligados a dirimir si un síntoma de apariencia psicótica corresponde a la manifestación de una neurosis grave o de un trastorno psicótico propiamente dicho. Este problema es uno de los grandes dilemas de la profesión y un espacio fecundo para los estudios psicopatológicos, pues afecta a las fronteras de las psicosis clásicas con las neurosis, con las psicosis breves y con los estados límites. Juzgar la diferencia entre las locuras histéricas y las psicosis es, sin duda, uno de los puntos candentes de la psiquiatría.

El diagnóstico de la histeria es, como hemos intentado señalar, un trabajo continuo de desenmascaramiento que, sin embargo, no deniega su profundidad vital. En esta tarea debemos valorar tanto lo que escuchamos o vemos del histérico, siempre desordenado y proteico, como la forma de relación que establece con nosotros.

6. POBLACIONES ESPECIALES

Siempre se ha sostenido que el oficio más antiguo y la más antigua enfermedad van unidos por su condición sexual. Desde que se tiene noticia de ella, la histeria ha sido asociada con el útero y con los males propios de la feminidad. Sin embargo, es legítimo dudar de que esta preferencia responda a una inclinación natural. No es absurdo atribuir su mayor frecuencia en la mujer al estado de represión y sometimiento al que ha estado expuesta a lo largo de la historia. Si las manifestaciones histéricas han sido —y siguen siéndolo, aunque en menos proporción— más frecuentes en el sexo femenino, bien puede deberse a que sus dificultades para gestionar el deseo estaban socialmente más obstaculizadas que en el caso del hombre. Su mayor incidencia, por consiguiente, no viene determinada por los genes, como ahora se pretende hacer con todo, ni porque responda a algo esencial que defina a las mujeres, sino porque consiste en una daga delicada que la mujer ha tenido que perfeccionar con tiempo para defenderse de un mundo secularmente dominado por los varones.

➡ Por ese motivo, es comprensible que la histeria fuera investigada con gran interés durante el siglo XIX y los comienzos del XX, pues fue la época dorada de la represión, en especial en lo que atañe a la conducta femenina. Sin embargo, hoy, en nuestra sociedad, las cosas pintan diferente en el dominio de las costumbres. Una nueva naturalidad en las relaciones con el deseo y el cuerpo han vuelto impopulares los prejuicios sexuales y todas las formas de inhibición física. La coacción social, que tan bien funcionaba en un ambiente escrupuloso y puritano, poco tiene que hacer cuando lo que se promulga es educación sexual, ejercicio de los placeres y, si viene a cuento, ayuda del sexólogo para no quedarnos atrás. Este hecho, paralelo a una extensión creciente de la igualdad de género, justifica que la histeria tienda a dejar de ser una expresión propiamente femenina. Del mismo modo, la histeria masculina ya no se reduce a su forma libertina, sino que abarca las mismas expresiones somatomorfas y depresivas que observamos en la mujer. El Don Juan ya no es un varón. El héroe moderno del deseo, que no sabía descansar de su actividad, ni desayunar con nadie, pues transformaba la seducción en conquista, la sexualidad en penetración y la palabra en engaño, ha perdido mucho de su diferenciación sexual, pues la mujer puede ya compartir con el hombre los mis-



mos triunfos e idénticos males, en especial ese tan definitorio de amar sin deseo o desear sin amor.

7. ACTUALIDAD DE LA HISTERIA

↑ Aunque la histeria desapareció del DSM IV-TR en 1952, y, en general, su nombre no ha hecho más que retroceder en la nosografía psiquiátrica, su presencia enmascarada en el mundo actual es constante. No nos referimos tanto a la histeria decimonónica o charcotiana sino a una con formas más actuales, la que se oculta y desplaza tras la vertiente quejumbrosa y narcisista de muchas personalidades, así como bajo los síntomas de la depresión, el trastorno bipolar, la fibromialgia, la anorexia, la bulimia o de cualquier nuevo síndrome que venga a ocupar los espacios sociales vacíos para proveerlos de sentido.

Estas elecciones sintomatológicas sirven al mismo tiempo para diagnosticar a la sociedad, pues revelan la índole del presente histórico a través del modo como la histeria es acogida. Si la histeria medieval desenmascaraba los excesos de poder de la cultura eclesial – los estigmatizados, las brujas y poseídos, el satanismo y la alianza con el diablo–, y la histeria moderna y victoriana denunciaba el abuso machista en el seno de una sociedad extremadamente fálica, la histeria postmoderna descubre un campo nuevo sin simbolizar que nos sirve para estudiar nuestro modo de vida e incita a saber acerca del presente. Así, la buena recepción actual de los síntomas histéricos cuando adoptan la máscara de la depresión, a la que se interpreta ahora tan benévolamente, hablan a favor de la falta de rigor y responsabilidad tan característicos del momento, de esa mezcla de inocencia y frivolidad con que son abordados los malestares subjetivos y las obligaciones personales, como si uno no tuviera nada que ver con ellos.

➡ Nuestra sociedad es histérica. Y quizá lo sea más ahora, precisamente cuando la histeria más se oculta. A fin de cuentas, la sociedad es histérica porque es capitalista. La histeria es la gran animadora del consumo que hoy sostiene la economía. En primer lugar, porque, como si coincidiera con lo que le falta al mundo, la histeria se muestra como el gran sostén del mercado: el deseo de comprar. Pone en marcha el motor del consumo que sostiene por sí solo el mecanismo, y a la vez apoya el consumismo estúpido, superficial y esclavo de la imagen sin el cual el sistema se hunde. Las cosas son útiles simplemente

porque se compran, no por su validez intrínseca. De este modo el rostro salvífico de la histeria se junta con el más ruin que nos aliena y fetichiza. En segundo lugar, porque inyecta la brevedad necesaria al deseo para que éste no se frene. En un dominio de moda, flujos, liquidez, movimiento y necesidad de crecimiento para mantener la tensión económica, la histeria muestra hoy su inigualable capacidad de desplazamiento, como una aplicación más de la célebre continuidad del movimiento uterino, del nomadismo y de la capacidad de estar siempre en otro lugar. Y, en último lugar, porque en su empeño por estar siempre en los escenarios, la histeria se aviene con todos los diagnósticos nuevos, incluido el trastorno bipolar, asegurándose de este modo un nombre y un reconocimiento terapéutico bajo la sonrisa de la poderosa industria farmacéutica y la parsimonia cómplice de los psiquiatras.

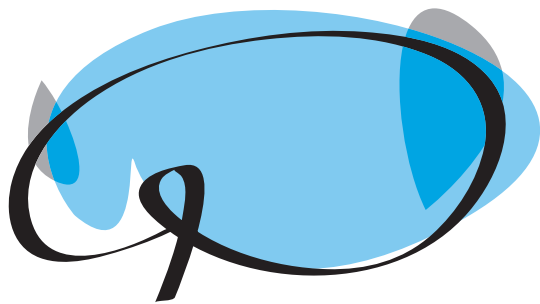
8. TRATAMIENTO

En cierto sentido, en tanto que cabe concebir la histeria como una respuesta presente en todos los hombres, podríamos decir que la histeria tiene el mismo tratamiento que la vida. Por otra parte, en la medida en que reproduce cualquier otro cuadro psicopatológico, o se expresa por sí misma, en forma de neurosis o de síntomas psicóticos, el tratamiento dependerá de la orientación técnica y clínica del terapeuta.

Desde el punto de vista psicofarmacológico, sólo cabe discernir la sintomatología y tratarla de una forma más o menos específica en la medida y tiempo que el clínico considere necesario para cada circunstancia. Los cuadros depresivos o ansiosos, mejorarán con ansiolíticos y antidepresivos, pero el resultado siempre dependerá mucho del modo como los prescribamos y sobre qué tipo de relación terapéutica se realiza la prescripción. Igual podemos decir de los casos en que el cuadro clínico esté dominado por la agitación o las rupturas disociativas, donde el uso de neurolepticos podrá ser imprescindible, pero aún lo será más la posición que adoptemos y la interpretación que demos a tales crisis.

➡ Por todo ello, la psicoterapia, en cualquiera de sus aplicaciones, pero en especial aquellas que atienden a la dinámica descrita a lo largo del capítulo, serán el mejor instrumento para corregir la puesta en escena, conocer los desencadenantes y templar los conflictos.





MÓDULO 2.
Clínica psiquiátrica



Trastornos
psicofisiológicos





42. TRASTORNOS DEL SUEÑO



Autores: Jesús Mesones Peral y Joaquín Ruiz Riquelme
Tutora: Mercedes Sánchez de las Matas Meca
Hospital Virgen Arrixaca. Murcia

CONCEPTOS ESENCIALES

Los trastornos del sueño constituyen:

Una gran variedad de cuadros clínicos.

Con una alta prevalencia en la población general.

Son importantes ya que forman parte de diversas patologías psiquiátricas.

Sus secuelas afectan a funciones psíquicas y comportamentales del individuo e influyen negativamente en el ámbito relacional y ocupacional del enfermo.

En este capítulo incluimos los trastornos más relevantes para la práctica psiquiátrica.

1. DISOMNIAS

Trastornos primarios que se expresan como una dificultad en el comienzo o el mantenimiento del sueño, o aquellos que se manifiestan por exceso de sueño, y se caracterizan por un trastorno de la cantidad, la calidad y el horario del sueño.

↑ 1.1. INSOMNIO PRIMARIO

- **Definición:** insomnio significa literalmente falta de sueño. En la práctica, el término se usa para referirse al sueño de escasa duración y de mala calidad. El insomnio se caracteriza por tres tipos de perturbaciones: dificultad para iniciar el sueño (la más común), dificultad para mantener el sueño, y despertar final adelantado. Según DMS IV-TR existe una dificultad para mantener o conciliar el sueño, que provoca malestar y que no se explica por otra patología durante un periodo de tiempo de un mes.
- **Prevalencia:** es el más frecuente de todos los trastornos del sueño en la población general,

con una prevalencia entre un 10-11% de la población adulta y que presenta mayor frecuencia en mujeres, en personas de edad avanzada, de nivel socioeconómico más bajo y en las que tienen peor salud.

- **Curso y pronóstico:** inicio agudo que tiende a hacerse crónico en el 60% de los casos. No se asocia a deterioro neurocognitivo.
- **Etiopatogenia:** el insomnio es una manifestación de un estado de hiperalerta. En estudios de insomnes crónicos se ha demostrado una hiperactivación de ambos brazos del sistema neuroendocrino del estrés (simpático e hipotálamo-hipofisario-corticosuprarrenal) y, por tanto, de funciones vegetativas reguladas por el simpático, así como de la musculatura estriada.
- **Clínica:** dificultad para iniciar o mantener el sueño con la sensación de no ser reparador. El insomnio crónico provoca fatiga y disminución del rendimiento caracterizándose por tensión, ansiedad y disforia, además de tendencia a



tener la mente muy activa con frecuentes cavilaciones, en particular, las relacionadas con el sueño.

■ Además, para el diagnóstico del insomnio es necesario que tales dificultades produzcan en el paciente al menos una de las siguientes molestias diurnas:

- Fatiga o sensación de malestar general.
- Dificultad para la atención, concentración o memoria.
- Cambios en el rendimiento sociolaboral (o escolar en los niños).
- Alteraciones del ánimo o del carácter.
- Somnolencia.
- Disminución de la energía, motivación o iniciativa.
- Propensión a cometer errores en el trabajo o en la conducción de vehículos.
- Síntomas somáticos como tensión muscular o cefalea.
- Preocupaciones, obsesiones y miedos relacionados con el sueño.

■ Subtipos de insomnio: algunos autores lo dividen en primario (se refiere al que no es causado por ninguna afección mental o física conocida) y secundario (se refiere al causado por alguna afección mental o física conocida) y otros en transitorio, de corta duración o crónico. La ICDS en insomnio psicofisiológico, que es aquél que se manifiesta acompañado de manifestaciones psicósomáticas de ansiedad, lo que incluye una fuerte activación fisiológica, pensamientos distorsionantes e inadecuados sobre el dormir y el desarrollo de múltiples pero ineficaces estrategias para dormir. La ineficacia de estas estrategias potencia aún más los problemas para conciliar o mantener el sueño. Todo ello hace que con el tiempo estas personas puedan llegar a desarrollar “miedo” a la llegada del momento de ir a dormir, mala percepción del estado de sueño, insomnio idiopático e higiene del sueño inadecuada.

■ Diagnóstico:

- Historia clínica del sueño: mediante pruebas psicométricas (COS, PSQI).

- Pruebas de laboratorio del sueño: polisomnografía, tests de latencia; aumento de latencia del sueño, despertares numerosos, disminución del sueño delta e incremento de fases 1 y 2 NREM.

■ Diagnóstico diferencial:

- Otros trastornos del sueño, hipertiroidismo, abuso de sustancias (cafeína), trastornos mentales asociados.

■ Tratamiento:

Debe ser siempre causal. El insomnio de corta duración suele tratarse ayudando al paciente a afrontar la situación estresante o tratando los factores etiológicos (somáticos, farmacológicos o psíquicos) que causan el insomnio.

En el caso del crónico, además de abordar los factores etiológicos, son necesarias medidas higiénicas, terapia cognitivo-conductual, psicoterapia y tratamiento farmacológico, que resulta más eficaz cuando se integran y se aplican de forma individualizada. En conjunto, la finalidad de estas intervenciones es: eliminar los malos hábitos adquiridos en relación con el sueño, el tratamiento de la dependencia farmacológica (si fuera necesario, instaurar un tratamiento farmacológico adecuado), reducir el estado de hiperalerta y ayudar al paciente a mejorar sus mecanismos para hacer frente al estrés.

■ Medidas no farmacológicas:

Las medidas higiénicas básicas se exponen en la tabla 1.

■ Medidas farmacológicas.

El tratamiento farmacológico del insomnio crónico suele empezar tratando la dependencia de hipnóticos o tranquilizantes.

El uso de hipnóticos debe prescribirse por periodos cortos y bajo control médico. Los fármacos que se emplean son agonistas del complejo supramolecular receptor GABA-benzodiazepina y pertenecen a distintos grupos: benzodiazepinas, ciclopirrolonas, imidazopiridinas y pirazolopirimidinas.

Las benzodiazepinas (lorazepam, cloracepato y clonacepam) son los fármacos más frecuentemente utilizados. Sólo deben usarse durante periodos cortos (3 semanas) por el elevado

Tabla 1. Medidas higiénicas básicas

Dormir un número similar de horas todos los días (incluyendo el fin de semana).
Tener un horario regular pero no rígido (hora fija de levantarse, incluido el fin de semana, hora de acostarse, cuando se tenga sueño).
Evitar sustancias, y si es posible, fármacos que alteren el sueño.
Mejorar el ambiente en que se duerme, evitando temperaturas altas o bajas, ruidos o excesiva iluminación.
La terapia cognitivo-conductual del insomnio se basa en la restricción del tiempo en cama y en el control de estímulos (para facilitar que la cama se asocie con el sueño). Es recomendable la psicoterapia que combine distintas modalidades técnicas.

Tabla 2. Causas del insomnio

Causas del insomnio			
Insomnio al comienzo del sueño		Insomnio en el transcurso del sueño.	
Ansiedad o tensión.	Cafeína.	Depresión.	Interacciones medicamentosas.
Cambio ambiental.	Alcohol.	Cambio ambiental.	Abstinencia de drogas.
Activación emocional.	Medicamentos.	Apnea de sueño.	Interrupción del sueño.
Miedo al insomnio.	Abstinencia de drogas.	Miclonía nocturna.	Dolor o malestar.
Fobia al sueño.	Cambio horario (síndrome del <i>jet lag</i> o del vuelo).	Factores de la dieta.	Enfermedad.
Ambiente molesto.	Cambios del turno de trabajo.	Parasomnias.	Edad avanzada.
Dolor o malestar.	Fase de sueño retrasada.	Fármacos.	Fase del sueño adelantada.
Síndrome de piernas inquietas.	Acatisia.	Alcohol.	

riesgo de dependencia, sedación y afectación de habilidades motrices.

De la familia de las imidazopiridinas, el zolpidem (5-10 mg) es menos probable que produzca efectos adversos sobre la esfera cognitiva.

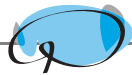
Cuando estos fármacos no dan resultado, es preferible utilizar otros con poder hipnótico como: trazodona (50-200 mg), mirtazapina (15-30 mg) o ISRS sedantes (paroxetina 20 mg por su mayor poder sedativo). Recientemente se ha añadido al arsenal terapéutico un agonista melatonérgico (agomelatina 25-50 mg). Los ISRS pueden afectar al ciclo del sueño directamente, suprimiendo la fase REM o aumentando la latencia de la REM, o indirectamente a través de la mejoría de la depresión.

Los antipsicóticos disminuyen la latencia del sueño e incrementan la cantidad y continuidad del sueño. La risperidona a dosis bajas (0,25-6 mg), la olanzapina (2,5-10 mg) y la quetiapina (25-200 mg) se han mostrado útiles.

▶ En la tabla 2 vemos las causas del insomnio. Los límites entre las columnas no son distintos completamente.

1.2. HIPERSOMNIA PRIMARIA

- Definición: presencia de somnolencia excesiva como mínimo durante 1 mes, con episodios de sueño prolongado nocturno o diurno casi cada día, que provocan deterioro en el paciente y no aparece exclusivamente en el transcurso de otro



trastorno del sueño o de otro trastorno mental, y no se explica por la presencia de sustancias o enfermedad médica concomitante.

- Prevalencia: el 5 % de los casos de hipersomnia. Prevalencia entre 0,5-5 %.
- Curso: se manifiesta entre los 15 y 35 años y tiende a la cronicidad.
- Etiopatogenia: desconocida. Algunos presentan más ondas lentas.
- Clínica:
 - Somnolencia excesiva tanto nocturna como diurna.
 - Sueño no reparador.
 - Irritabilidad y confusión al despertar.
 - Disminución del rendimiento académico o laboral.

■ Diagnóstico:

El diagnóstico es clínico, según criterios DSM IV-TR y CIE 10.

Pruebas complementarias. Polisomnografía: duración del sueño normal a prolongada con una latencia corta, distribución normal del sueño REM y no REM y algunos aumento de la densidad de picos durante la fase 2.

■ Diagnóstico diferencial:

- Otros trastornos del sueño, sueño normal prolongado, depresión bipolar y depresión mayor, trastorno del sueño inducido por sustancias o enfermedad médica.

■ Tratamiento:

Medidas no farmacológicas: psicoeducación e higiene del sueño.

Tratamiento farmacológico: psicoestimulantes (metilfenidato)

■ Trastornos del sueño relacionados con la respiración.

- Descripción: son cuadros caracterizados por la interrupción del sueño que ocasiona somnolencia excesiva o insomnio y que se debe a una anomalía de la respiración relacionada con el sueño:

a. Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS): numerosas apneas e hipoapneas

por bloqueo de la vía respiratoria superior.

b. Hipoventilación alveolar central: hipoventilación sin apnea, hipoapneas ni ronquidos.

c. Síndrome de apnea central del sueño: cese respiratorio en ausencia de obstrucción periférica de la vía respiratoria.

- Epidemiología: la causa más frecuente de somnolencia diurna es el SAOS, más en hombres que en mujeres 3:1 (en prepúberes no hay diferencia de sexo). El SAOS puede llegar al 10 % de la población y la apnea central al 1 % siendo más común en ancianos.

2. ALTERACIONES DEL RITMO CIRCADIANO

■ Síndrome de la fase del sueño retrasada: es más recuente entre adolescentes y adultos jóvenes, siendo su prevalencia del 7-16%, y parece existir un componente genético. Consiste en un retraso (mayor de dos horas) en los tiempos de conciliación del sueño y de despertar, en relación con los horarios socialmente aceptados. La estructura del sueño es normal, sólo destaca un importante alargamiento de la latencia del sueño en los estudios polisomnográficos. En estos individuos están también retrasados otros ciclos biológicos circadianos, como son el de la temperatura y el de la secreción de melatonina.

■ Síndrome de la fase del sueño adelantada: afecta a ambos sexos por igual. No se conoce su prevalencia, pero se estima en torno al 1% en los adultos y ancianos aumentando con la edad. Los periodos de conciliación del sueño y de despertar son muy tempranos o precoces con respecto a los horarios normales o deseados.

■ Ritmo sueño-vigilia irregular: se caracteriza por la ausencia de un ritmo circadiano sueño-vigilia claramente definido. Aunque el tiempo de sueño total es normal, los pacientes muestran síntomas y signos de insomnio o somnolencia dependiendo de la hora del día.

■ Ritmo sueño-vigilia libre: esta alteración es muy frecuente en sujetos completamente ciegos, debido a la pérdida del estímulo luminoso como marcapasos más importante para un correcto ritmo circadiano. Se presenta también con su-

jetos con retraso mental, demencia y trastornos psiquiátricos. El ritmo sueño-vigilia no coincide con el patrón típico de 24 horas.




- *Jet lag* o alteración del sueño por viajes con cambio de huso horario: se caracteriza por un desajuste entre el ritmo circadiano endógeno de sueño-vigilia y el patrón exógeno de sueño-vigilia, derivado de un desplazamiento a gran distancia, que conlleva el cruce de varios meridianos terrestres, en un corto periodo de tiempo. Se trata de un proceso autolimitado, que puede durar hasta 6 días. En los desplazamientos hacia el este el desajuste suele ser mayor que en los desplazamientos inversos. La gravedad de sus síntomas (insomnio, somnolencia, astenia, bajo rendimiento intelectual, etc.) depende del número de meridianos que se cruzan, y parece ser mayor en sujetos de edad más avanzada.
- Alteración del trabajador nocturno: insomnio o hipersomnia secundarios a jornadas o turnos laborales que se solapan con el periodo normal del sueño. Ocurre también en aquellos con turnos rotatorios.
- Alteración del ritmo circadiano debida a un proceso médico: es el trastorno del ritmo circadiano en relación con una enfermedad. Los ingresos prolongados, las intervenciones quirúrgicas, el empleo de fármacos sedantes o hipnóticos, las estancias en UCI y los procesos metabólicos e infecciosos, son factores que facilitan esta alteración.

↑ 3. PARASOMNIAS

Las parasomnias son trastornos de la conducta o comportamientos anormales que tienen lugar durante el sueño y que ocurren con frecuencia entre las personas sanas. En la segunda edición de la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño se dividen en tres grupos: parasomnias del despertar, parasomnias asociadas al sueño REM, y otras parasomnias.

- Parasomnias del despertar: se presentan dentro del sueño de ondas lentas en el primer tercio de la noche.
- Despertar confusional: ("borrachera del despertar"): su prevalencia es mayor en los niños

y en los adultos jóvenes, y habitualmente desaparecen con la edad. Estos episodios suelen durar algunos minutos y el sujeto se despierta desorientado, con lentitud del pensamiento, disminución de la atención y de la respuesta a los estímulos. Pueden presentar también cierto grado de amnesia y mostrar conducta inapropiada. El curso es benigno y no precisa tratamiento.

-  Sonambulismo: de inicio en la infancia, con una prevalencia de 17%, descendiendo en adultos al 4%. Importante componente familiar, pueden desencadenarse por privación de sueño, fatiga excesiva o fármacos sedantes. Son episodios de actividad motora compleja que aparecen bruscamente durante el sueño de ondas lentas en el primer tercio de la noche y que suelen durar 10 minutos. Los ojos suelen permanecer abiertos con sensación de asombro y pueden llevar a cabo otras conductas aprendidas durante la vigilia, e incluso adoptar comportamientos agresivos. Los sujetos se encuentran profundamente dormidos, siendo difícil despertarles del sueño; cuando esto se consigue, suelen encontrarse confusos y con amnesia de lo ocurrido.
 -  No existe un tratamiento etiológico, siendo necesario el adoptar medidas que eviten accidentes fortuitos.
-  Terrores nocturnos: más prevalente en la infancia, niños entre 5 y 7 años, aunque a veces persisten o se inician en edad adulta. Con gran carga familiar, pudiendo asociarse al sonambulismo. Son episodios bruscos de grito o llanto inesperados, gran ansiedad, cara de terror, descarga autonómica y falta de respuesta a la tranquilización. Si se le despierta está confuso y con amnesia de lo ocurrido. Cuando son muy frecuentes pueden tratarse con dosis bajas de benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos o con psicoterapia.
- Parasomnias asociadas al sueño REM: grupo de alteraciones que ocurren fundamentalmente durante la segunda mitad de la noche, cuando el sueño REM presenta mayor duración.
- Trastorno de conducta del sueño REM: propio de varones en edad media o avanzada. Etiología idiopática en la mitad de los casos. En la otra



mitad se asocia a una enfermedad neurológica (Parkinson), a la toma de fármacos (anticolinérgicos) o al consumo de tóxicos (alcohol). Se produce por la pérdida intermitente de la atonía en la fase REM, apareciendo actividad motora anormal durante el sueño, llegando incluso a lesionarse o golpear a la pareja. Su tratamiento efectivo es con benzodiazepinas (Clonacepam 1-2 mg/noche).

- **➤ Pesadillas:** suceden hasta en el 50% de los niños, de inicio entre los 3 y los 6 años, disminuyendo la incidencia con la edad. Son ensueños vívidos y aterradores de predominio visual, acompañadas de habla y de movimientos corporales. En menos del 1% son recurrentes. En la población adulta se pueden desencadenar por la toma de fármacos antiparkinsonianos, anticolinérgicos y antihipertensivos, así como tras el brusco abandono de fármacos que suprimen el sueño REM (antidepresivos tricíclicos y serotoninérgicos). Si son muy recurrentes e intensas se pueden tratar con los antidepresivos supresores de la fase REM o con psicoterapia.
- **Otras parasomnias:** se incluyen los trastornos disociativos del sueño, la enuresis, la catatrenia o quejido nocturno, el síndrome de explosión cefálica, las alucinaciones del sueño y el síndrome de comida nocturna.

4. MOVIMIENTOS ANORMALES RELACIONADOS CON EL SUEÑO

Se manifiestan clínicamente como alteración del sueño nocturno o quejas de fatiga y somnolencia diurnas.

- **Síndrome de piernas inquietas:** más frecuente en mujeres y en las edades avanzadas de la vida. Su prevalencia es de aproximadamente el 5-10%. Hasta en un 80-90% de los casos se asocia a movimientos periódicos de las piernas. Como principales factores etiológicos se han descrito la anemia ferropénica, la insuficiencia renal crónica, la diabetes mellitus o la enfermedad de Parkinson; además, algunos fármacos sedantes, antihistamínicos, neurolépticos o antidepresivos pueden agravar los síntomas. Se caracteriza por una necesidad imperiosa e irresistible de mover las piernas, que se acompaña
- en ocasiones de incómodas e incluso dolorosas parestesias que empeoran con el reposo y suelen mejorar caminando o moviendo las piernas. También pueden ocurrir en los brazos y aparecen en la transición vigilia-sueño, dificultando la conciliación del sueño, o tras los despertares nocturnos. El tratamiento debe enfocarse hacia una corrección de la causa (anemia la más frecuente). También son útiles el clonazepam o los agentes dopaminérgicos.
- **Movimientos periódicos de las piernas:** su prevalencia aumenta con la edad, afecta al 34% de los mayores de 60 años. Son episodios repetidos de movimientos bruscos, rápidos e involuntarios (extensión del primer dedo del pie, en combinación con una flexión parcial del tobillo, la rodilla y, en ocasiones, también la cadera), en secuencias de 4 ó más movimientos separados entre sí por un intervalo de 20-40 segundos. Los episodios ocurren sobre todo en las fases 1 y 2 del sueño, se producen microdespertares repetidos y una interrupción del sueño, que aunque el paciente no sea consciente de ello, desestructuran el patrón normal del sueño. Su diagnóstico es clínico y se confirma tras estudio polisomnográfico. En los pacientes muy sintomáticos, se usan benzodiazepinas y agentes dopaminérgicos u opiáceos a dosis bajas.
- **Calambres nocturnos de las piernas:** es un trastorno que afecta a un 15% de la población y se desconoce su causa. Consiste en la contracción muscular dolorosa de segundos de duración de algún músculo de la pierna o el pie, que despierta al sujeto y que remiten espontáneamente. Sin tratamiento específico, se alivian con masaje o estiramientos.
- **Bruxismo:** frecuente en la infancia, con una prevalencia del 14-17%, reduciéndose en la adultez al 3%. Son contracciones de la musculatura masticatoria, pueden ser aisladas y sostenidas, o pueden cursar como series repetitivas y rítmicas. Si son muy intensas, el golpeteo de las piezas dentales puede producir un ruido o "rechinar". Cuando es intenso puede provocar desgaste del esmalte dental, dolor de la articulación temporomandibular y cefalea. Interrumpe el sueño. Es más frecuente en la infancia, donde su prevalencia es de un 14-17%, reduciéndose con la edad; en adultos es del 3%.

Para su tratamiento pueden emplearse férulas de protección.

- Movimientos rítmicos durante el sueño: se manifiesta antes de los 18 meses de vida, el curso es benigno y a veces se asocia a retraso mental. Son movimientos estereotipados y repetitivos de la cabeza (*"jactatio capitis"*) o del cuerpo de duración inferior a 15 minutos durante la conciliación del sueño. No existe tratamiento específico, en ocasiones se usan benzodiazepinas.

5. SÍNTOMAS AISLADOS

- Parálisis del sueño aislada: presente en personas sanas de forma aislada tras emociones de gran intensidad y ejercicio intenso o dentro del síndrome narcoléptico.

Se producen con el sujeto alerta durante el despertar o al acostarse, presentando la atonía muscular propia del sueño REM, con incapacidad para mover cabeza, tronco y extremidades, manteniendo el control de los músculos respiratorios y de los oculares. Suele asociar una gran ansiedad y sensación de muerte inminente. Hay cierta predisposición familiar, asociándose con ciertos HLA. Suele bastar con tranquilizar

al paciente con explicaciones, aunque a veces es necesario tratarlas con antidepresivos tricíclicos.

- Ronquido: sonido respiratorio que se genera durante el sueño por el paso del aire en la vía aérea alta, especialmente durante a fase de inspiración. Puede ser secundario a causas tanto para fisiológicas como patológicas y por sí mismo no causa insomnio ni somnolencia diurna.
- Somniloquios: de marcado carácter familiar, consiste en hablar durante el sueño con un grado variable de comprensión. Se trata de un fenómeno inocuo y muy frecuente, del cual el sujeto no recuerda nada al día siguiente.
- Sobresaltos del sueño o sacudidas hípnicas: son contracciones asimétricas, cortas y súbitas, de todo el cuerpo o de una parte que ocurren al inicio del sueño y con frecuencia cursan con la impresión subjetiva de caída. No tienen significación clínica. Presentes de manera fisiológica hasta en el 70% de los sujetos.
- Mioclonías benignas de la infancia. Son movimientos mioclónicos repetidos que ocurren durante el sueño en la infancia. Con frecuencia son bilaterales y masivos, incluyendo grandes grupos musculares.



Tabla 3. Cuadro resumen de contenidos (continúa en la página siguiente)

		Diagnóstico diferencial	Tratamiento	
DISOMNIAS	Insomnio (falta de sueño).	<ul style="list-style-type: none"> – Curso clínico del trastorno. – Tipo de dificultad (orienta a etiología). – Conocer horarios de sueño. – Preguntar por ronquidos o apnea. 	<ul style="list-style-type: none"> – De factores etiológicos. – Medidas higiénicas, terapia cognitivo-conductual, psicoterapia y tto. farmacológico. 	
	Excesivo sueño.	<ul style="list-style-type: none"> – Examen oto.y maxilofacial. – Historia clínica. – Estudio poligráfico de sueño nocturno. – Índice de apnea-hipopneas. – Cuantificación saturación arterial. 	<ul style="list-style-type: none"> – Si es secundario tratar patología causante. – Pérdida de peso. – Abstinencia de alcohol. – Uso de hipnóticos y sedantes. – Tratar obstrucciones nasales, adenoides y malformaciones esqueléticas. – Prótesis bucal en leve-moderada. – Presión positiva continua en vías aéreas. – Tratamientos quirúrgicos. – Fármacos. 	
	Narcolepsia.	<ul style="list-style-type: none"> – Historia clínica y si está presente la cataplejía. – Pruebas diagnósticas neurofisiológicas (RPS) nocturno y diurno y 24h. 	<ul style="list-style-type: none"> – Informar al paciente de naturaleza enfermedad. – Tratamiento farmacológico estimulantes y antidepresivos. – Mejora de hábitos. – Actividad. 	
	Hipersomnia.	<ul style="list-style-type: none"> – Historia clínica y RPS nocturnos y diurnos. 	<ul style="list-style-type: none"> – Tratamiento etiológico. – Tratamiento farmacológico. Estimulantes, carbonato de litio, hormonas sexuales dependiendo etiología. 	
	Trastornos del ciclo circadiano sueño-vigilia.	Síndrome del retraso de la fase del sueño.	<ul style="list-style-type: none"> – Historia clínica y confirmar por diario o agenda. – Actigrafía. 	<ul style="list-style-type: none"> – Retraso de 3 horas la hora de acostarse hasta sincronizar. – Luz intensa. – Tto. farmacológico (melatonina).
		Síndrome de adelanto de la fase de sueño.	<ul style="list-style-type: none"> – Historia clínica, debe descartar un trastorno afectivo mayor. – El diario o agenda. 	<ul style="list-style-type: none"> – Uso vespertino de luz brillante.

Tabla 3. Cuadro resumen de contenidos (continuación)

			Diagnóstico diferencial	Tratamiento
DISOMNIAS	Trastornos del ciclo circadiano sueño-vigilia.	Síndrome de cambio de huso horario (<i>jet lag</i>).	– Historia clínica.	– Prevención. – Uso de hipnóticos de eliminación rápida.
		Síndrome de maladaptación del trabajo por turnos (<i>shift work</i>).	– Historia clínica con historial médico y una exploración completa.	– Prevención. – Luz intensa de noche. – Oscuridad para dormir y uso de gafas oscuras en salida turnos nocturnos. – Melatonina.
	Parasomnias.	Sonambulismo y terrores nocturnos (trastornos del despertar).	– Factores genéticos en la etiología. – Historia clínica. – Procesos febriles, migraña y síndrome de Gilles de la Tourette. – Uso de fármacos. – RPS diagnóstico diferencial.	– Básicamente conservador. – Proteger al niño de las posibles lesiones. – Tratamiento psiquiátrico en adulto con psicoterapia y psicofármacos.
		Pesadillas.	– Historia clínica, uso de fármacos y sustancias. – Adultos evaluación psiquiátrica.	– Informar a familia. – Evitar películas o programas de tele de terror. – En adultos psicoterapia y modificación de conducta. – Psicofármacos.

RECOMENDACIONES CLAVE

El insomnio es una queja o un síntoma, pero casi nunca un diagnóstico definitivo.

El diagnóstico cada vez mayor y la racionalización terapéutica tienden a evitar la iatrogénica innecesaria, muy frecuente en los trastornos del sueño.

Salvo el insomnio idiopático y en la alteración de la percepción del sueño, el insomnio es siempre secundario a otro trastorno, médico, circadiano, conductual o ambiental.

Las parasomnias se consideran alteraciones fisiológicas ya que ocurren con frecuencia entre las personas sanas. Cuando son muy frecuentes pueden producir un deterioro en la calidad de vida del sujeto.



6. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4^a ed.). Revisión del texto (DSM-IV-TR Tm). Washington, DC: Ed. American Psychiatric Association. 2000.

American Sleep Disorders Association. International Classification of sleep Disorders, revised: Diagnostic and Coding Manual. Rochester, Minn: Ed. American Sleep Disorders Association. 1997.

Eguíluz I, Segarra R. Introducción a la psicopatología. Barcelona: Ed. Ars Médica. 2005.

Espie CA, Broomfield NM, Macmahon KM, Macphee LM, Taylor LM. The attentionintention-effort pathway in the development of psychophysiologic insomnia: a theoretical review. *Sleep Med Rev.* 2006;6:215-45.

Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría. Madrid: Ed. Waberly Hispánica. 2004.

7. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Lee-Chiong TL, Sateia MJ, Carsakadon MA, Hanley, Belfus. *Sleep Medicine.* 2002;Vol 3(4):383-395.

Lugaresi E, Provini F. Sleep and movement disorders. *Neurol Sci.* 2005; 26(Suppl 3):173-5.

Mahowald MW, Bornemann MC, Schenck CH. Parasomnias *Semin Neurol.* 2004;24:283-292.

Vallejo J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Ed. Masson. 2006.

Vallejo J. et al. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Ed. Ars Médica. 2005.



43. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA



Autores: Germán Belda Moreno y Carlos Rodríguez Gómez-Carreño
Tutor: Luis Beato Fernández
Hospital de Ciudad Real. Ciudad Real

CONCEPTOS ESENCIALES

Los trastornos de la conducta alimentaria son alteraciones mentales graves que se explican dentro de un modelo biopsicosocial. El tratamiento adecuado exige la intervención conjunta de aspectos orgánicos, psíquicos, relacionales y familiares.

A efectos prácticos la diferencia entre pacientes con anorexia y bulimia nerviosa depende del IMC (menor de 17,5 en anorexia). El control o descontrol de la ingesta será manifestación de otras características psicopatológicas de ambos cuadros.

El tratamiento de estos pacientes exige la actuación de diferentes profesionales que aborden los aspectos somáticos y psicológicos coordinadamente. Conseguir la implicación del paciente en su tratamiento es un aspecto relevante que facilitará el cumplimiento de las pautas nutricionales y cognitivo-conductuales prescritas.

1. CONCEPTOS Y CLASIFICACIÓN

Grupo de trastornos caracterizados por alteraciones del pensamiento las emociones, las percepciones y la conducta en relación a la alimentación y/o el peso.

La clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria (en adelante TCA) queda representada en la tabla 1.

Algunas definiciones de interés:

- Rechazo alimentario: síntoma que puede acompañar a múltiples enfermedades médicas que se caracteriza por una negativa a la ingesta.
- Anorexia: pérdida de apetito como síntoma de una enfermedad física definida.
- Anorexia nerviosa: término acuñado a finales del siglo XIX por William Gull. Rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, asociado a miedo intenso a ganar peso y alteración de la percepción de la imagen corporal. No debe existir en principio pérdida del apetito.
- Potomanía: ingesta excesiva de líquido, como entidad aislada o en el contexto de otras enfermedades psiquiátricas. Es importante diferenciarla de entidades médicas donde aparece como síntoma de un cuadro más extenso e incluso de casos de simulación.
- Bulimia nerviosa: entidad descrita desde la Antigua Grecia y adecuadamente caracterizada desde 1979 por Russell consistente en episodios recurrentes de atracones combinados con conductas de compensación (vómitos autoinducidos, uso de laxantes), en el contexto de ideas sobrevaloradas sobre el peso, la silueta y la comida.
- Trastorno por atracón: cuadro de atracones recurrentes de comida sin las características compensatorias de la bulimia nerviosa.



Tabla 1. Clasificación de los TCA

Trastornos Cuantitativos		Trastornos Cualitativos
Por disminución de la ingesta.	Por exceso de ingesta.	Pica o alotriofagia. Mericismos o rumiación.
Rechazo del alimento. Anorexia. Anorexia nerviosa (AN). – Tipo restrictivo. – Tipo compulsivo/purgativo.	Potomanía. Bulimia nerviosa (BN). – Tipo purgativo. – Tipo no purgativo. Trastorno por atracón. Síndrome del comedor nocturno. Obesidad.	

- Síndrome del comedor nocturno: descrito por Stunkard en 1955 en pacientes obesos con inapetencia diurna que por la noche se convertían en comedores repetitivos e insomnes. También está en relación con periodos de estrés. El 70% de las calorías de la dieta se ingieren durante la noche.
- Obesidad: incluida en la CIE-10 entre las enfermedades médicas. Algunas formas de obesidad y determinadas implicaciones psicológicas en el desarrollo y mantenimiento de la misma, hacen que la mencionemos en este apartado de forma general. Se define como enfermedad crónica que se caracteriza por un aumento de la masa grasa y en consecuencia, por un aumento de peso. Debe distinguirse del aumento de peso que puede darse en pacientes con enfermedades donde se produzca retención hídrica o en personas sanas que aumentan considerablemente su masa muscular. Desde un punto de vista antropométrico y práctico, se considera obesidad un Índice de Masa Corporal (IMC) (o de Quetelet) $\geq 32.3 \text{ kg/m}^2$, con los siguientes rangos: (tabla 2)

Tabla 2. Clasificación del peso según el IMC

Interpretación	Mujeres	Hombres
Peso bajo	< 19,1	< 20,7
Peso ideal	19,1–25,8	20,7–26,4
Ligero sobrepeso	25,8–27,3	26,4–27,8
Sobrepeso	27,3–32,2	27,8–31,1
Obesidad	32,3–44,8	31,1–45,4
Obesidad mórbida	> 44,8	> 45,4

- Pica o alotriofagia: ingesta persistente de sustancias no nutritivas. Anormal desde los 18 meses, suele remitir en la adolescencia. En adultos puede asociarse a psicosis, retraso mental y demencias.
- Mericismo o rumiación: regurgitación repetida de la comida con masticación o no de la misma, que se presenta en la infancia y se asocia a pérdida o no ganancia de peso. Entidad rara pero de alta mortalidad, pudiendo llegar ésta al 25%.

2. EPIDEMIOLOGÍA DE ANOREXIA NERVIOSA (AN) Y LA BULIMIA NERVIOSA (BN)

Aproximadamente un 3% de las mujeres jóvenes presenta un TCA y hasta el 6% de esta población si incluimos las formas incompletas del trastorno. La incidencia de AN es del 1-2 por 1000 hab./año con un rango de edad entre 8 y 35 años y dos picos modales a los 13-14 y 17-18 años. La prevalencia de AN es del 0,5-3,7% en mujeres y del 0,2% en varones (igualándose si el diagnóstico se realiza en edad infantil). Para la BN su prevalencia es del 1-1,5% en mujeres y 0,1-0,5% en varones, quedando un grupo de pacientes con conductas bulímicas que no se detectan por ocultación de síntomas. Aproximadamente el 15% de las pacientes con BN han recibido antes tratamiento para AN. Se considera la tercera enfermedad crónica más frecuente entre las adolescentes del mundo occidental tras la obesidad y el asma.

Inicialmente descrita como más prevalente en clases sociales medias/altas y raza blanca, en la actualidad

el patrón de AN/BN se ha extendido a todas las clases y poblaciones occidentalizadas al tiempo que se extiende el concepto de belleza e imagen de éxito basado en el peso corporal sobretodo por los medios de comunicación.

3. ETIOPATOGENIA

Tanto la AN como la BN son trastornos multifactoriales que deben ser comprendidos y abordados desde una perspectiva biopsicosocial. Su origen se encuentra en factores psicológicos, fisiológicos, psicodinámicos y psicosociales, sobre una base de vulnerabilidad genética/biológica. Como referencia tomamos la "interacción secuencial de factores" propuesta por Toro y Vilardell modificada, recogida en la tabla 3.

- Factores genéticos: los TCA son trastornos poligénicos. Familiares de pacientes con TCA multiplican por 4 el riesgo de padecerlos. Estudios con gemelos estiman una heredabilidad del 33 al 84%. Existe una posible asociación con los genes de los receptores 5-HT_{2A} y 5-HT_{2C} sobre todo en AN, y con el gen del transportador de la 5-HT en AN y BN. El alelo SLC6A4S del gen SCL6A4 que codifica el transportador de la serotonina, es factor de riesgo para el desarrollo de AN.
- Factores neurobioquímicos: la serotonina, neurotransmisor relacionado con en apetito y la impulsividad, podría estar relacionado con las conductas restrictivas y los pensamientos obsesivos en AN y BN. Existe una disminución de la concentración de 5-HIAA en LCR en pacientes con AN establecida.
- Factores psicológicos: características de la personalidad descritas en pacientes con AN y BN son: perfeccionismo, baja autoestima y necesidad de aprobación, hiperresponsabilidad, inseguridad personal, falta de respuesta a sus propias necesidades internas, pensamiento concreto con razonamiento dicotomizado y tendencias obsesivas. Sobre estos rasgos se describe con frecuencia la presencia de acontecimientos vitales estresantes.
- Factores familiares: la sobreprotección con alto nivel de aspiraciones y exigencia, la negligencia en los cuidados, la rigidez en la dinámica

familiar, la implicación del niño en los conflictos de los padres y el no reconocimiento de los límites individuales, obstaculizan la autonomía y son factores de riesgo para el desarrollo de TCA. Es importante la sobrevaloración al aspecto corporal proveniente de la familia y los patrones aprendidos en la conducta alimentaria de los progenitores.

- Factores socioculturales: existe en la sociedad occidental una sobrevaloración de la delgadez como factor de éxito social, sentimental y laboral que unido al cambio del rol de la mujer, las expectativas de éxito personales, familiares y sociales, y la exigencia que estas expectativas promueven, se convierten en elementos necesarios (aunque no suficientes) para la aparición del trastorno.

4. CLÍNICA

Inicialmente la conducta se relaciona con el deseo de delgadez y el miedo a engordar. Las pacientes con conductas restrictivas son capaces de controlar su ingesta manteniendo un aporte calórico regular pero insuficiente. Las pacientes con conductas purgativas suelen alternar episodios de ayuno, con otros de sobreingesta, compensando esta pérdida de control con episodios de vómito autoinducido, consumo de laxantes o de diuréticos.

Desde el punto de vista psicopatológico lo característico es la alteración de la percepción de la imagen corporal, o la sobrevaloración de la importancia de la propia delgadez, como clave de éxito y aceptación. Algunas pacientes pueden admitir su delgadez pero no muestran preocupación por esta, ni modifican su patrón alimentario para mejorar su estado físico.

Otras alteraciones que aparecen desde el principio son: aumento de la actividad física e intelectual, retraimiento social, ideas obsesivoides, pensamiento dicotomizado, irritabilidad, disminución del deseo sexual, insomnio y otras alteraciones en el control de impulsos.

- ▲ Desde el punto de vista físico los signos y síntomas están en relación con las restricciones alimentarias o las conductas purgativas asociadas. El hallazgo de laboratorio más habitual de una paciente con trastorno alimentario es la "analítica normal". Los



Tabla 3. Interacción de factores para el desarrollo de AN

Factores predisponentes	Factores precipitantes	Factores de mantenimiento
Biológicos: <ul style="list-style-type: none">– Genéticos.– Edad 13-20 años.– Sexo femenino.– Obesidad.– Familiares con trastornos afectivos y/o TCA y/o adicciones.– Disfunción hipotalámica.	Biológicos: <ul style="list-style-type: none">– Cambios corporales adolescentes.– Aumento rápido de peso.– Enfermedad adelgazante.– Incremento de la actividad física.– Contactos sexuales.	Biológicos: <ul style="list-style-type: none">– Consecuencias de la inanición.– Actividad física excesiva.– Yatrogenia.
Psíquicos: <ul style="list-style-type: none">– Introversión/inestabilidad.– Trastorno afectivo.	Psíquicos: <ul style="list-style-type: none">– Separaciones y pérdidas.– Rupturas conyugales.– Traumatismo desfigurador.– Acontecimientos vitales que amenazan la autoestima.	Psíquicos: <ul style="list-style-type: none">– Cogniciones anoréxicas.– Interacción familiar.– Beneficios secundarios de los síntomas.
Socioculturales: <ul style="list-style-type: none">– Nivel social medio/alto.– Obesidad materna.– Valores estéticos dominantes.	Socioculturales: <ul style="list-style-type: none">– Críticas sobre el cuerpo.	Socioculturales: <ul style="list-style-type: none">– Aislamiento social.

síntomas más llamativos son la intolerancia al frío, mareos, molestias gástricas inespecíficas (hinchazón, sensación de plenitud), palpitaciones. Cuando aparece letargia el cuadro suele estar muy avanzado y puede existir peligro vital.

Las consecuencias afectan a varios sistemas y quedan recogidas en la tabla 4.

5. DIAGNÓSTICO

Los criterios diagnósticos de la DSM IV-TR para AN y BN se recogen en la tabla 5 y 6 respectivamente. En casos atípicos algunas características pueden faltar o presentarse en grados leves. Se debe sospechar un TCA si aparecen alteraciones médicas relacionadas con las complicaciones antes descritas (tabla 4), en adolescentes que consideran que tienen un peso excesivo y comienzan con dietas restrictivas, ejercicio intenso, evitan comer en público, van al baño tras la ingesta, aparecen signos de inducción

del vómito (signo de Russell) o demandan diuréticos o laxantes.

En los criterios de la CIE 10 (F50.0 Anorexia nerviosa), la pérdida de peso se cuantifica referida al IMC $< 17,5 \text{ kg/m}^2$ especificando la voluntariedad en la pérdida y la distorsión de la imagen corporal. Un IMC $< 17,5 \text{ kg/m}^2$ indica un peso corporal inferior al 85% del esperado.

En los criterios de la CIE 10 se incluye la psicopatología consistente en un miedo morboso a engordar. De forma general se encuentra en AN un aumento en la frecuencia de aparición de trastorno obsesivo compulsivo, de ansiedad generalizada, fobia social y fobia simple.

En el tipo compulsivo/purgativo se encuentran los relacionados con abuso de sustancias, el trastorno límite de la personalidad, los problemas con el control de impulsos, la labilidad emocional, los

Tabla 4. Complicaciones médicas derivadas de la AN

<p>Cardiovasculares: causa más frecuente de muerte, tasa mortalidad 10%.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ EKG: bajo voltaje, inversión de onda T, alteraciones del ST, prolongación del QT. ■ Arritmias: bradicardia, ESV, TQV. ■ Alteración conducción miocárdica por vómitos. ■ Hipotensión prolongada. <p>Hematológicas: (posiblemente dilucionales al reintroducir dieta y rehidratar en pacientes purgativas)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Anemia. ■ Leucopenia. ■ Trombocitopenia. <p>Gastrointestinales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Disminución de la motilidad gástrica y retraso de vaciamiento gástrico. ■ Estreñimiento. ■ Epigastralgias. ■ Aumento de las enzimas hepáticas. ■ Infrecuentes: dilatación y rotura gástricas, obstrucción intestinal y compresión vascular aguda de duodeno. <p>Esqueléticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Aumento de incidencia de fracturas. ■ Osteopenia con mayor riesgo de osteoporosis en edad adulta. ■ Pérdida de masa muscular. 	<p>Renales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Deshidratación con aumento de nitrógeno ureico. ■ Poliuria por disminución de la capacidad de concentración renal y alteración de la secreción de ADH (SIADH parcial). ■ Edemas periféricos. <p>Neurológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Aumento del tamaño de ventrículos laterales y surcos corticales. ■ Menor volumen de sustancia gris. ■ Neuropatía periférica. <p>Endocrino-metabólicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Amenorrea por hipogonadismo con hipoestrogenismo. ■ Infertilidad y RN de bajo peso. ■ Signos de hipotiroidismo. ■ En pacientes con diabetes mellitus existen complicaciones adicionales por mal control y manipulación farmacológica. ■ Retraso del crecimiento por disminución de los factores de crecimiento. ■ Hiper cortisolismo. ■ Hipercolesterolemia. ■ Alteraciones hidroelectrolíticas derivadas de la desnutrición, los vómitos autoinducidos y la toma de diuréticos y laxantes.
--	---

antecedentes de intento de suicidio. Las pacientes del tipo restrictivo sufren a lo largo de su enfermedad episodios bulímicos con frecuencia y no es extraño que pacientes con AN desarrollen bulimia y viceversa.

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Antes de realizar un diagnóstico de TCA hay que descartar una serie de entidades recogidas como resumen en la tabla 7.

7. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Tanto en la evaluación, como en el tratamiento y seguimiento, es fundamental la interacción entre primer y segundo nivel de asistencia sanitaria (médico de familia-psiquiatra), y el abordaje desde una perspectiva biopsicosocial.

Es esencial valorar a lo largo del proceso la necesidad de hospitalización, siendo los criterios para la misma los recogidos en la tabla 8.



Tabla 5. Criterios DSM IV-TR para el diagnóstico de AN

<ul style="list-style-type: none">■ Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej. pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable; o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del esperable).■ Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.■ Alteración de la percepción del peso o de la silueta corporal, exageración de su importancia en la autovaloración o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.■ En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea; p. ej., ausencia de al menos 3 ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej. con la administración de estrógenos).
<p>Especificar el tipo:</p> <ul style="list-style-type: none">– Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre a atracones o purgas (es decir, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).– Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de AN, el individuo recurre regularmente a atracones o a purgas (es decir, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tabla 6. Criterios de la DSM IV-TR para el diagnóstico de BN

<ul style="list-style-type: none">■ Episodios recurrentes de atracones, que se caracterizan por uno o ambos de los siguientes puntos:<ul style="list-style-type: none">– Comer, en un periodo de tiempo discreto (p. ej., en un periodo de dos horas), una cantidad de comida que es sin duda mayor de la que la mayoría de las personas comerían durante un periodo similar de tiempo bajo circunstancias similares.– Sensación de carecer de control sobre la comida durante el episodio (es decir, no poder parar de comer o controlar la cantidad de alimento que se está comiendo).■ Un comportamiento inapropiado y recurrente para prevenir la ganancia de peso, tales como: el vómito autoinducido; el mal uso de laxantes, diuréticos u otras medicaciones; el ayuno; o el ejercicio excesivo.■ Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados deben ocurrir, en promedio, al menos dos veces por semana durante tres meses.■ Una autoevaluación indebidamente influenciada por la figura y el peso.■ La perturbación no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa.
<p>Los subtipos específicos de bulimia se distinguen por la forma en que la bulímica se alivia a sí misma después del atracón:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Tipo purgativo: utiliza el vómito autoinducido, laxantes, diuréticos, enemas, tenias, eméticos, etc, como medio para expulsar el alimento que ha ingerido. Es el subtipo más frecuente, y se pueden usar uno o más de los métodos citados.■ Tipo no purgativo: realiza un ejercicio excesivo o ayuna después de un atracón para contrarrestar la gran cantidad de calorías previamente ingerida. Aunque este comportamiento puede darse también en bulímicas de tipo purgante, en ellas no es el método principal. La bulimia no purgante es bastante rara, y se da sólo entre el 6 y el 8% de los casos.

Tabla 7. Enfermedades a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de AN

<p>Enfermedades Físicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Trastornos gastrointestinales, a destacar por su frecuencia: <ul style="list-style-type: none"> – Síndromes de malabsorción: intolerancias gástricas, siendo la más frecuente la intolerancia total o parcial a la lactosa. – Trastornos de la motilidad intestinal. – Enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa). – Enfermedad celíaca. – Enfermedades relacionadas con el ácido gástrico. ■ Diabetes Mellitus. ■ Enfermedades tiroideas. ■ Enfermedad de Addison. ■ Tumores. ■ En general, enfermedades crónicas debilitantes. ■ Fármacos anorexígenos.
<p>Enfermedades psiquiátricas que se pueden manifestar con síntomas de AN.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Trastornos conversivos. ■ Psicosis (esquizofrenia). ■ Trastorno obsesivo compulsivo. ■ Trastornos del estado de ánimo. ■ Trastornos de personalidad. ■ Fobia simple. ■ Como síntoma en otras enfermedades psiquiátricas. ■ Situaciones vitales adversas (de forma temporal y autolimitada).

La evaluación del caso debe ser global y de carácter longitudinal incluyendo evaluación orgánica, psíquica y familiar.

En la evaluación orgánica se deben considerar:

- Historia clínica orgánica: centrada en los síntomas de desnutrición, donde se incluyan los antecedentes personales y familiares más importantes.
- Exploración física con cálculo del IMC atendiendo a los signos de desnutrición.
- Pruebas complementarias: constantes vitales, EKG y analítica básica. Las peticiones necesarias y sus alteraciones en AN se recogen en la tabla 9, siendo lo más habitual, aún en casos graves, la normalidad en los resultados.

- Evaluación nutricional (tabla 9).

En la evaluación psiquiátrica debe realizarse:

- Historia clínica psiquiátrica detallada: que incluya inicio de la enfermedad, conductas alimentarias presentes y pasadas, confirmación del diagnóstico, evaluación del riesgo y antecedentes personales y familiares de TCA.
- Exploración psicopatológica general y posibles trastornos de personalidad asociados.
- Historia de consumo/abuso de tóxicos y fármacos.
- Estudio de la dinámica familiar y las relaciones sociales.



Tabla 8. Criterios de gravedad/ingreso en AN y BN

<p>Orgánicos:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Arritmias cardíacas o alteraciones en el trazado electrocardiográfico secundario al trastorno.■ Alteraciones hidro-electrolíticas, refractaria a los suplementos orales o deshidratación grave.■ Pérdida de peso progresiva por debajo del 70% del peso ideal o un IMC menor de 14.■ Pérdida de peso extremadamente rápida que no ha respondido al tratamiento ambulatorio.■ Complicaciones fisiológicas graves: hipotermia severa, desmayos por bradicardia, hipotensión postural importante. <p>Psíquicos:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Comportamiento suicida, depresión grave o graves alteraciones del pensamiento o la conducta.■ Atracón/purga que no se controla con tratamiento ambulatorio o de hospital de día.■ Abuso de laxantes o diuréticos reiterados en los que exista peligro para la paciente.■ Crisis familiar o incapacidad de contención en medio familiar.■ Incapacidad para modificar patrón alimentario que lleve a una recuperación ponderal mantenida■ Fracaso en el tratamiento ambulatorio o de hospital de día, tanto en la contención/modificación de las conductas, como en la modificación de su psicopatología.

Tabla 9. Analítica y sus alteraciones en AN

<ul style="list-style-type: none">- Hemograma: Hb normal o elevada por deshidratación. Leve trombopenia y leucopenia. Pueden aparecer citopenias tras rehidratación.- VSG: normal o baja. Si elevada investigar.- Glucosa: puede aparecer hipoglucemia.- Urea y creatinina: pueden aparecer elevadas por deshidratación.- Función hepática: mínima elevación de enzimas.- Albúmina/proteínas totales: normales o disminuidos.	<ul style="list-style-type: none">- Electrolitos/gasometría: hiponatremia, alcalosis metabólica hipopotasémica hipoclorémica por vómitos, acidosis metabólica si abuso de laxantes, hipocalcemia, hipofosfatemia, hipomagnesemia.- Hormonas tiroideas: T3/T4 bajo, aumento rT3 .- Colesterol: puede estar elevado por inanición.- Otras pruebas aconsejables: cortisol en plasma (elevado), GH (elevada), LHRH, LH, FSH, estrógenos y progestágenos (disminuidos).
--	---

El tratamiento se basa en la intervención física/nutricional, psicológica y farmacológica. La mayoría de los casos deberían ser tratados en régimen ambulatorio y de forma precoz por un profesional sanitario capacitado para ello. El tratamiento ambulatorio se suele prolongar durante varios años, con un seguimiento inicialmente más estrecho de los hábitos alimentarios y del peso sin descuidar aspectos psicopatológicos, familiares y relacionales.

➡ Las intervenciones físicas prioritarias son asegurar una adecuada hidratación, corregir los trastornos hidroelectrolíticos y tratar los casos de inestabilidad hemodinámica. La realimentación debe plantearse

como objetivo fundamental en pacientes desnutridos marcando una ganancia de peso semanal media mínima de 0,5 kg en pacientes ingresados, comenzando con un aporte de 800 a 1.200 Kcal/día en pequeñas porciones e incrementando progresivamente este aporte en función de la edad y altura. En algunos casos son necesarios suplementos vitamínicos y minerales. Excepcionalmente y, en medio hospitalario, podría ser necesaria la alimentación enteral total, aunque una adecuada supervisión y control de la ingesta por parte del personal podría evitar su uso. La realimentación debe hacerse con estricto control médico para evitar posibles complicaciones (edema, distensión abdominal, fallo cardíaco congestivo).

➔ El tratamiento psicológico debe orientarse a que el paciente inicie una alimentación saludable que le facilite la recuperación física, y al aprendizaje de formas más adaptativas del manejo del estrés, sus sentimientos de baja autoestima o las formas de comunicarse o relacionarse con su entorno. Las terapias adecuadas para el tratamiento psicológico deben facilitar el análisis de los conflictos del paciente y estas incluyen la terapia cognitivo analítica, terapia cognitivo conductual, psicoterapia interpersonal, e intervenciones familiares promoviendo la diferenciación y la autonomía de la paciente. Integrar a la familia en el tratamiento, especialmente en población adolescente, es un aspecto clave del programa terapéutico.

⬆ La complejidad de este trastorno hace necesaria la intervención coordinada y simultánea de diferentes profesionales priorizando en función de la patología predominante en el momento evolutivo. Desde las primeras etapas de tratamiento el desarrollo de una alianza terapéutica es esencial, siendo la motivación al tratamiento no un requisito para tratar sino en muchos casos un síntoma más que necesita ser manejado. La terapia de grupo puede ser útil al proporcionar a los pacientes un ambiente en el que rompan su experiencia de aislamiento y les facilite el aprendizaje de formas más sanas de comunicar sus conflictos facilitándoles además adquirir mayor conciencia de enfermedad.

Como terapias complementarias se postulan los programas de control de impulsos, técnicas de relajación, el entrenamiento en habilidades sociales y abordar la distorsión de la imagen corporal.

➔ La evidencia sobre el tratamiento farmacológico es limitada y su uso podría estar indicado en el tratamiento de síntomas asociados. La fluoxetina es eficaz sobre todo si existen ideas obsesivas o trastorno depresivo asociado. Es eficaz en BN (dosis de 60

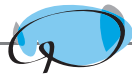
mg/día). También se ha señalado una eficacia similar en el control de los atracones con anticomiciales (topiramato). Todos los fármacos y especialmente los que producen cambios en el EKG (antipsicóticos, antidepresivos tricíclicos, antibióticos macrólidos, y algunos antihistamínicos) deben usarse con precaución y después de haber corregido las alteraciones hidroelectrolíticas y físicas. Lo mismo sucede con los fármacos que afectan a la función cardíaca. Algunas de las alteraciones psíquicas (cuadros depresivos, ideas obsesivas) pueden regresar a la normalidad una vez recuperado el peso, por lo que no sería necesario tratarlas con farmacoterapia.

Todo paciente diagnosticado de AN/BN debería tener un registro del riesgo de efectos secundarios en su historial de tratamiento farmacológico. Puede ser preciso realizar un ingreso de forma involuntaria considerándose la alimentación un tratamiento. En estos casos se debe tener asesoramiento legal respecto a los derechos de estos pacientes.

8. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

El pronóstico de la AN no es halagüeño llega a presentar una mortalidad del 10 al 15% y se considera que 1/3 de los pacientes diagnosticados de este trastorno se recuperan sin secuelas otro tercio presentan una recuperación parcial con síntomas residuales toda su vida y el tercio restante presenta síntomas limitantes de forma crónica. Para la BN el pronóstico no es mejor principalmente cuando coexiste un trastorno de personalidad asociado.

➔ Se consideran factores de mal pronóstico la edad de inicio tardío, la existencia de enfermedades crónicas asociadas, las conductas purgativas asociadas a la desnutrición, la pérdida de peso excesiva, las malas relaciones sociales y familiares y el sexo masculino.



RECOMENDACIONES CLAVE

El tratamiento de estos pacientes exige la formación previa de aspectos biológicos y psicoterapéuticos específicos, en contextos ambulatorios y hospitalarios.

Una analítica normal en un paciente en bajo peso, que no reconoce conductas purgativas, no excluye el riesgo físico.

La falta de motivación al tratamiento no es un requisito al tratamiento sino posiblemente represente un síntoma a tratar en un paciente especialmente grave.

El abordaje correcto implica, no sólo revertir los riesgos físicos y la psicopatología alimentaria, sino también el abordaje de los conflictos psicológicos subyacentes.

9. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Vallejo Ruiloba J, Sánchez-Planell L, Prats M. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. 6ª ed. En: Trastornos de la conducta alimentaria. Ed. Elsevier-Masson. 2006;21:295-319.

Jerry M, Wiener M, Dulkan K. Tratado de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia. Ed. Elsevier-Masson. 2004, VII, 33, 641-672, 35, 673-691, 36, 693-707.

Kaplan-Sadok. Sinopsis de Psiquiatría, ciencias de la conducta/psiquiatría clínica. 9ª ed. Waverly Hispánica s.a. 2004;23:739-755.

Vazquez-Barquero JL. Psiquiatría en Atención Primaria. Ed. Biblioteca Aula Médica. 1998;3(12):389-405.

Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, Ministerio de Sanidad y Consumo. 2009.

10. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Semple D et al. Manual Oxford de Psiquiatría. Ed. Biblioteca Aula Médica. 2005;10: 407-417.

Tinahones Madrueño F. Anorexia y Bulimia, una experiencia clínica. Ed. Diaz de Santos. 2003;2:11-15.

García Camba de la Muela E. Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. Ed. Elsevier-Masson. 2001;1:3-6.

Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Consenso español 1995 para la evaluación de la obesidad y para la realización de estudios epidemiológicos. Med Clin (Barc). 1996;107:782-787.

Rodríguez Cano T, Beato Fernández L. Attitudes towards Change and Treatment Outcome in Eating Disorders. Eating and Weight Disorders. 2005;10(1):59-65.



44. DISFUNCIONES SEXUALES



Autores: Cristina López Ortiz, Alberto Real Dasi y Anna Romaguera Pinyol
Tutor: José Antonio Navarro Sanchís
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

CONCEPTOS ESENCIALES

Concepto de disfunción sexual: conjunto de síndromes en los que la actividad sexual de la persona resulta insatisfactoria o no deseables para el mismo individuo o para el grupo social y que se presentan en forma recurrente y persistente.

Efectos secundarios de psicofármacos: respuestas indeseadas de los psicofármacos que alteran la función sexual del individuo como efecto directo de estos.

Tratamiento de las disfunciones: tratamiento general de las diversas alteraciones de la esfera sexual.

1. INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente las disfunciones sexuales han sido escasamente atendidas por la psiquiatría. Progresivamente han ido cobrando relevancia como parte importante de la clínica presente en la mayoría de los pacientes, tanto como síntoma como indicador de salud. Debemos recordar la importancia de un abordaje multidisciplinar de la salud sexual (ginecólogos, urólogos, psiquiatras, psicólogos).

➔ 2. DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

La disfunción sexual (DS) puede definirse como una alteración del proceso psicológico y fisiológico normal involucrado en el funcionamiento sexual.

Si se produjese esta disfunción, es importante definir que fase del ciclo sexual está afectada (tabla 1).

Causas de disfunción sexual:

- Factores psicológicos.
- Factores físicos.

Los datos epidemiológicos disponibles en la población general sobre la DS son escasos y poco fiables aunque parece ser una patología prevalente. Según un estudio de 1999, tiene una prevalencia más alta en mujeres (43%) que en hombres (31%) (tabla 2).

La detección de la DS puede verse influida por muchos factores, entre ellos el método con el que se obtiene la información. En pacientes deprimidos ambulatorios solo existía una incidencia de quejas espontáneas de DS del 14%, quejas que aumentaban al 58% cuando estos mismos pacientes eran interrogados directamente sobre este tema. También pueden influir los factores culturales y sociales de la población en relación con las expectativas del individuo respecto a su propia actividad sexual o el deseo o facilidad de tratar este tema con su médico.

⬆ 3. HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica en las disfunciones sexuales debe incorporar los siguientes aspectos:

- Exploración física (historia de enfermedades genitales/prostáticas, presencia de dolor du-



Tabla 1. Fases del ciclo sexual y respuesta fisiológica

	Órganos genitales		Reacciones extragenitales (ambos sexos)
	Masculinos	Femeninos	
1ª Deseo			
2ª Excitación	Erección pene. Elevación/aumento tamaño testicular. Tumescencia glande.	Aumento labios menores y mayores. Lubricación vaginal Expansión parte anterior de la vagina. "Plataforma orgásmica". Retracción clítoris.	
3ª Orgasmo	Contracción vesículas seminales y conducto deferente. Contracción músculos bulbo e isquiocavernoso. Eyacuación. Contracciones del ano.	Contracciones útero. Contracciones "plataforma orgásmica". Contracciones del ano.	Espasmos musculares. Aumento frecuencia cardíaca y respiratoria. Aumento tensión arterial. Disminución estado de consciencia.
4ª Resolución	Pérdida erección. "Período refractario".	Disminución congestión pélvica. Disminución tamaño clítoris y labios. Posibilidad de otro orgasmo.	Sudoración. Disminución frecuencia cardíaca. Disminución tensión arterial.

Tabla 2. Datos epidemiológicos de la DS en hombre y mujeres

HOMBRES	MUJERES
Eyacuación precoz (21%).	El deseo sexual disminuido (22%).
Disfunción eréctil (5%).	Problemas de excitación sexual (14%).
Deseo sexual disminuido (5%).	Dispareunia (7%).

rante las relaciones, disminución del deseo sin causa aparente).

- Analítica general y hormonal (especialmente importante en cambios recientes, menopausia, y en los varones mayores de 50 años). En caso de disfunción eréctil valorar eco-doppler/arteriografía/cavernosometría (trastornos vasculares) y potenciales evocados genitales (trastornos neurológicos).

- Definir la disfunción sexual (historia del problema, gravedad, si es situacional o no, tiempo de evolución).
- Estudio de la relación de pareja.
- Historia sexual del paciente (orientación, frecuencia e intensidad de relaciones, capacidad previa, capacidad actual).
- Historia somática y psiquiátrica (fármacos actuales y recientes).
- Evaluar específicamente ansiedad por el rendimiento, creencias/actitudes personales y culturales sobre sexualidad y asertividad.

4. TRASTORNOS DEL DESEO SEXUAL

4.1. DESEO SEXUAL HIPOACTIVO (EN EL HOMBRE Y EN LA MUJER)

Ausencia o deficiencia de fantasías sexuales y de deseos de actividad sexual. Global o limitada a un compañero o situación sexual concreta. Aparece en parejas con problemas de relación, situaciones de estrés y trastornos depresivos.

Las causas físicas pueden ser enfermedades relacionadas con el dolor (artritis), debilidad, neurológicas, hormonales y metabólicas. Puede causar disfunción eréctil y/o anorgasmia de forma secundaria.

Es la alteración sexual más común en las mujeres (22%). El aumento de la ansiedad ante un contacto sexual potencial genera conductas de evitación. En algunos casos, las variables individuales provocan desánimo en la relación sexual (normal/anormal, las reticencias hacia determinadas conductas o la iniciativa en el número de relaciones).

No existe tratamiento específico, aunque parches transdérmicos de testosterona podrían resultar útiles en algunos casos. Ensayos clínicos apuntan la posibilidad de la comercialización de una molécula denominada flibanserina (agonista 5-HT₁, antagonista 5-HT₂ y agonista parcial D₄) con la indicación clínica para el tratamiento del deseo sexual hipoactivo en un futuro cercano.

➔ 4.2. TRASTORNOS POR AVERSIÓN AL SEXO

Aversión y evitación activa del contacto sexual genital con la pareja. La aversión puede ser hacia un aspecto particular del sexo o global. La intensidad de la reacción es variable según el paciente, pudiendo llegar a generar fobias con episodios de pánico asociado.

Resistente a las formas convencionales de terapia. En los casos asociados a la fobia social, deberá tratarse primero la fobia a partir de exposición gradual de situaciones sociales, entrenamiento en habilidades sociales y reestructuración cognitiva aplicada al problema social. Posteriormente se introducirán técnicas de exposición gradual.

⬆ 5. TRASTORNOS DE LA EXCITACIÓN SEXUAL

5.1. ALTERACIÓN DE LA EXCITACIÓN SEXUAL EN LA MUJER

Se caracteriza por una dificultad en la respuesta física a la estimulación sexual (lubricación vaginal, dilatación) en ausencia de un deseo sexual alterado.

Las causas pueden ser orgánicas o psicológicas. En las primeras, la aplicación de cremas o tratamientos

hormonales pueden solucionar el problema. En el segundo caso, se recomienda el uso de fantasías sexuales si esto es aceptado por el/la paciente.

5.2. TRASTORNO DE LA ERECCIÓN DEL VARÓN O DISFUNCIÓN ERÉCTIL

Se caracteriza por la dificultad para mantener una erección suficiente para una relación sexual satisfactoria. Es el problema más común de los varones que consultan. Existen causas físicas (diabetes, medicación antihipertensiva...) y psicológicas (exigencia personal o de la pareja con la consecuente ansiedad sexual). Estos pacientes con frecuencia centran más la atención en su propia respuesta sexual que en disfrutar del acto en sí. Existe además una distorsión de la percepción del placer.

El tratamiento de la disfunción eréctil consiste en utilizar diferentes abordajes:

- Tratar enfermedad de base si la hubiera. Cambios de fármacos sospechosos de causar DE y ajustes de hábitos de salud (sueño, alimentación, tóxicos). Terapia hormonal en caso de hipogonadismo.
- Tratamiento farmacológico:
 - a) De inyección intracavernosa (destacando papaverina-fentolamina y prostaglandina E₁), poco utilizados, causan erección independiente de estímulo.
 - b) Tratamientos orales, siendo los inhibidores selectivos de la fosfodiesterasa tipo 5 (sildenafil, tadalafilo y vardenafilo) la terapia más utilizada. Aumentan el flujo sanguíneo peneano, no causan erección sin deseo sexual asociado. Entre los efectos secundarios destacar cefalea, molestias digestivas y alteraciones visuales. No deben combinarse con nitritos.
- Técnicas psicológicas de focalización sensorial genital y no genital de manera progresiva, asociando a la pareja. Entrenar con la pareja la estimulación introduciendo progresivamente nuevos elementos hasta realizar el coito completo.
- En casos resistentes, cirugía de revascularización y/o ligadura venosa o los implantes peneanos.



➡ 6. TRASTORNOS ORGÁSMICOS

6.1. TRASTORNO ORGÁSMICO FEMENINO

Ausencia o retraso persistente del orgasmo tras una fase de estimulación sexual normal.

Normalmente se da en relaciones de pareja conflictivas con problemas de comunicación, situaciones traumáticas, trastornos del estado de ánimo, efectos secundarios farmacológicos o enfermedades médicas.

Es más prevalente en mujeres jóvenes. La capacidad orgásmica mejora con la edad y con el mejor conocimiento del propio cuerpo. Se debe pensar que una mujer es orgásmica si ha presentado excitación intensa que ha cedido después y/o contracciones de la musculatura vaginal.

El tratamiento depende de la etiología.

Si la anorgasmia es primaria, deberá aplicarse un programa de masturbación seguido de la focalización sensorial. Si es situacional, se empezará por la focalización.

Si la disfunción persiste, se pueden recurrir a estrategias alternativas (tras la consecución del orgasmo de manera regular pasaríamos a la estimulación del clítoris durante la contención vaginal, combinándola con movimientos pélvicos lentos).

6.2. TRASTORNO ORGÁSMICO MASCULINO

Ausencia o retraso de la eyaculación y/o el orgasmo. Poco frecuente. El tiempo necesario de estimulación para llegar al orgasmo aumenta con la edad. Las causas pueden ser neurológicas. Las variables psicológicas pueden provocar conductas de evitación.

El tratamiento se inicia con un entrenamiento individual y posteriormente con la pareja. Continuando con la focalización sensorial. Inicialmente la eyaculación se realizará fuera de la vagina y se irán realizando aproximaciones progresivas.

6.3. EYACULACIÓN PRECOZ

Aparición de un orgasmo y eyaculación persistente en respuesta a una estimulación mínima antes, du-

rante o poco tiempo después de la penetración y antes de que la persona lo desee.

El tratamiento se centra en terapia psicológica y farmacológica. Los ISRS han demostrado eficacia en retrasar la eyaculación (llegando a ser un efecto indeseado), aunque la latencia de respuesta era de varias horas, lo cual dificultaba su uso como tratamiento. Recientemente un ISRS, la dapoxetina, es el primer ISRS con esta indicación, realizando su acción aproximadamente una hora después de su administración.

➡ 7. TRASTORNOS SEXUALES POR DOLOR

7.1. DISPAREUNIA

Presencia de dolor durante el coito, que puede ser superficial o profundo. En este trastorno es necesario realizar una exploración ginecológica o urológica exhaustivas para el estudio de la etiología orgánica.

- En la mujer: el dolor superficial se relaciona con infecciones vaginales y quistes. El dolor profundo puede ser secundario a endometriosis.
- En el hombre se caracteriza por la sensación de ardor en la uretra tras la eyaculación, generalmente causada por una infección.

Pueden existir factores psicológicos asociados utilizando la terapia cognitiva.

7.2. VAGINISMO

Se caracteriza por dolor importante producido por espasmos de los músculos vaginales y que dificulta la penetración, siendo la respuesta sexual normal.

Suele ser un problema primario, aunque puede darse tras la presencia de una infección o intervención quirúrgica. El trastorno es más frecuente en mujeres jóvenes, con actitud negativa hacia el sexo y con una historia de abuso sexual. Se relaciona con ideas distorsionadas sobre la anatomía de la mujer, por ello la terapia se inicia por una educación sobre la anatomía vaginal.

Durante esta fase, se adiestra a la mujer para realizar los ejercicios de Kegel para aumentar la sensación de

control de la musculatura. Seguidamente, se procede a la introducción de objetos en la vagina varias veces, y, si no produce ansiedad, se inician movimientos. En la siguiente fase se realiza focalización no genital con la pareja. Seguidamente, se aplica la técnica de contención vaginal siendo la mujer quien introduce el pene en la vagina. Se irán añadiendo elementos de movimiento y diversas posturas de penetración.

8. ADICCIÓN AL SEXO/CONDUCTA SEXUAL COMPULSIVA

Conducta de carácter compulsivo, caracterizada por una búsqueda incontrolable de relaciones de carácter sexual y destinada a disminuir la ansiedad basal de la persona, pudiendo llegar a presentar síndrome de abstinencia en ausencia de la conducta. Escasa satisfacción con la relación sexual y presencia habitual de sentimientos de malestar/culpa. Necesaria la presencia de disfunción sociolaboral o malestar significativo.

Se caracteriza por (tabla 3):

Tabla 3. Adicción al sexo/conducta sexual compulsiva

Consumo excesivo de pornografía.	Sexo telefónico/presencial excesivo.	Promiscuidad excesiva o de riesgo.
----------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

Su tratamiento se basa en farmacoterapia para disminuir el deseo sexual (ISRS, hormonoterapia, antipsicóticos) así como la impulsividad (eutimizantes, especialmente aquellos que disminuyan la impulsividad). También es útil el entrenamiento en técnicas psicológicas de autocontrol y disminución de la ansiedad.

9. DISFUNCIÓN SEXUAL (DS) Y TRASTORNOS MENTALES

La presencia en un paciente de clínica depresiva, ansiosa o psicótica puede acompañarse de disminución del deseo y/o de la actividad sexual, presentando dificultades para iniciar o mantener relaciones interpersonales íntimas y/o cercanas. Esto puede afectar a toda o únicamente a un aspecto concreto de la esfera sexual.

Como ejemplo los pacientes con trastorno depresivo mayor presentan el doble de DS que los controles sanos (50 frente al 24%), siendo el más frecuente el deseo sexual hipoactivo (40% en varones y 50% en mujeres). Los problemas relacionados con el orgasmo son menos frecuentes (15%). En casos graves o de larga evolución puede llegar a presentarse evitación activa o presentar crisis de pánico al afrontar la relación sexual.

La utilización de fármacos psicótopos (antidepresivos, antipsicóticos) puede provocar un empeoramiento clínico en la esfera sexual, (y dado que el objetivo de lograr la recuperación sintomática completa con los mínimos efectos secundarios) su inicio puede provocar un relevante deterioro de la calidad de vida del paciente, con frecuencia acompañados de abandonos del tratamiento (20-40%).

Considerar antes de instaurar un tratamiento farmacológico obtener la mayor información posible sobre la función y satisfacción sexual que el paciente presentaba previamente y en el momento de la entrevista, evaluando la esfera sexual como un síntoma más de la enfermedad. Es importante informar al paciente de que las alteraciones sexuales debidas a la patología (p. ej. depresión) mejorarán con el tiempo, aunque algunos tratamientos pueden tener como efecto secundario un empeoramiento de la función sexual durante su administración. Alertar al paciente puede hacer más fluida la comunicación una vez iniciado el fármaco, mejorando la vinculación y la adherencia.

10. FISIOPATOLOGÍA DE LA DS SECUNDARIA A PSICOFÁRMACOS

La excitación sexual está mediada por el SNC y periférico; a nivel central, el sistema mesolímbico y el diencéfalo, regulados de manera parcial por la dopamina, relacionados con el deseo y la excitación. A nivel periférico, el sistema nervioso simpático y parasimpático regulan la actividad espinal refleja (erección/agrandamiento del clitoris) a través de la serotonina y otros neurotransmisores, regulando el orgasmo y la resolución. Los neurotransmisores dopamina (deseo), serotonina (saciedad) y endorfinas (resolución) son de gran importancia en el proceso sexual, encontrándose alterados en su regulación en múltiples trastornos psiquiátricos y afectados por múltiples fármacos.



La inhibición selectiva de la recaptación de la serotonina, que se logra con algunos antidepresivos, reduce la actividad dopaminérgica en el sistema mesolímbico a través de los receptores de serotonina 5HT₂. Este mecanismo podría explicar que los antidepresivos que antagonizan al receptor 5HT₂ (nefazodona) o los que actúan mediante el sistema de recaptación de dopamina (bupropión) presentan una baja incidencia de DS.

Los fármacos antipsicóticos, al bloquear los receptores de dopaminérgicos D₂ y serotoninérgicos 5-HT₂ alteran los circuitos dopaminérgicos (así como el balance dopamina-serotonina), relacionados con la recompensa (dopamina tiene efecto generalmente estimulante) pudiendo alterar el deseo y la motivación hacia las relaciones sexuales (DS en más de un 50% de los pacientes tratados con antipsicóticos). Adicionalmente la administración de algunos psicofármacos se asocia frecuentemente con aumentos de los niveles de prolactina, provocando disminución de LHRH y testosterona, asociados a una disminución de la libido y el deseo sexual.

En cuanto el orgasmo y la eyaculación estos están principalmente mediados por el sistema nervioso periférico, regulado parcialmente por el sistema nervioso simpático y parasimpático (serotonina). Esto explica la alta incidencia de retardo en el orgasmo o anorgasmia que se presenta en los pacientes en tratamiento con ISRS. La excitación sexual también puede alterarse como consecuencia de la alteración de la libido o alteraciones en el orgasmo, dentro de los mecanismos de feedback. La regulación de la excitación sexual a nivel periférico también se asocia con el óxido nítrico, que puede encontrarse disminuido en las primeras semanas de tratamiento con algunos antidepresivos.

11. PARAFILIAS

Podemos definir las parafilias como impulsos o comportamientos, fantasías (intensas y repetidas) distintos al modelo de relación sexual culturalmente aceptado, que no atentan contra la libertad de las personas y que pueden crear alteraciones desfavorables en la vida familiar, laboral y social del individuo por su carácter compulsivo. Definiríamos las ofensas como las conductas sexuales que atentan contra la libertad de los individuos o las leyes. Son más frecuentes en

varones, su prevalencia exacta es desconocida (más frecuentes: pedofilia, exhibicionismo y voyeurismo).

Muchas de las imágenes o temáticas presentes en las parafilias son frecuentes en la población general, considerándose parafilia únicamente si causa interferencia/malestar o hay riesgo de sufrir perjuicios personales o sociales.

Existen múltiples clasificaciones para las conductas parafilias. En la tabla 4 vemos qué se incluye en el DSM IV-TR:

Tabla 4. Clasificación conductas parafilias.

PARAFILIAS	OFENSAS SEXUALES
Fetichismo: actos y fantasías sexuales en las cuales participan objetos inanimados de contenido/significado no sexual.	Paidofilia: excitación/placer sexual en contexto de fantasías o actos sexuales en los cuales participan niños/as.
Sadismo/masoquismo: conducta sexual mediante que se obtiene placer sexual al asumir roles en contexto humillación o dominio.	Voyeurismo: placer sexual al contemplar, sin ser observado, personas desnudas o realizando actos sexuales sin su consentimiento.
Zoofilia: placer sexual al mantener relaciones sexuales con animales.	Frotteurismo: obtención de placer al hacer contactar las zonas erógenas del individuo con partes de otra persona sin su consentimiento.
Coprofilia/urofilia: placer sexual por la observación de otra persona defecando/orinando. Placer sexual al ser objeto de micción/defecación.	Llamadas escatológicas: utilización de llamadas telefónicas obscenas como medio de obtención de placer sexual.
Necrofilia: placer al mantener relación sexual con personas fallecidas.	Exhibicionismo: conducta por la cual se obtiene placer al exponer los genitales a una persona desconocida.

- Tratamiento parafilias
 - Tratamiento trastornos mentales comórbidos.
 - Mejorar función sexual “normal” y funciones sociales.
 - Terapia conductual:
 - a) Método aversivo
 - b) Método de desensibilización
 - c) Reacondicionamiento orgásmico
 - Farmacoterapia: neurolépticos y antiandrógenos (ciprosterona y medroxiprogesterona). Otros fármacos indicados son el carbonato de litio, la bupiriona, la fluoxetina, la carbamazepina, la clozapina, el goserelin y los antagonistas de la oxitocina.
 - Castración quirúrgica.

➔ 12. TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL

Identificación acusada y persistente con el otro sexo (no sólo el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales). Estos pacientes presentan malestar con el propio género y sus características sexuales y de rol. Es más frecuente en hombres que en mujeres. Se inicia raramente después de la pubertad y se asocia a otros trastornos mentales. Su prevalencia es desconocida. El tratamiento es combinación de hormonal-farmacológico, quirúrgico y psicológico. Equipos multidisciplinares especializados son los encargados de atender este trastorno.

⬆ 13. TRATAMIENTO GENERAL DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

- Valorar la motivación para el cambio y los recursos personales y sociales disponibles así como la presencia de posibles resistencias al cambio.
- Disponer de información sobre la historia sexual del paciente y la relación de pareja, los estilos de vida y relación y antecedentes.
- Desculpabilizar e implicar a la pareja (si existe) en el tratamiento
- Informar sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Aportar pautas generales: descoitalizar la relación, aumentar (no evitar) las relaciones sexuales, y resolver las ideas/actitudes/inhibiciones en relación al acto sexual.
- Tratamientos enfermedades asociadas (depresión, ansiedad, trastorno bipolar...), incluyendo valorar ajustes farmacológicos.

Los antipsicóticos, especialmente aquellos que afectan con mayor intensidad a la liberación de prolactina (risperidona y haloperidol) provocan una mayor alteración de la función sexual. Como signo de alarma especialmente relevante será la presencia de ginecomastia en hombres y galactorrea en mujeres. El tratamiento de la DS por antipsicóticos sería inicialmente reducir la dosis a la mínima efectiva, cambio de principio activo formulación y según el caso (seleccionados) valorar discontinuar el tratamiento.

Respecto a los porcentajes de DS causada por antidepresivos (de menos a más): moclobemida, nefazodona, mirtazapina, fluoxetina, sertralina, fluvoxamina, paroxetina, cenlafaxina, citalopram.

- ⬆ Propuestas terapéuticas para la DS iatrogénica:
 - Esperar la remisión espontánea: 20% a los 6 meses.
 - Reducción de dosis: 75% presentan mejoría al reducir la dosis a la mitad.
 - Cambio de la pauta farmacológica, incluso dentro de la misma familia.
 - Suspensión del tratamiento antidepresivo 48-72 horas previas a una relación sexual: depende de la vida media del fármaco y existe riesgo de abandonos y recaídas.
 - Retirada del tratamiento: Mejoría del 100% (aunque existen riesgos de recidiva).



RECOMENDACIONES CLAVE

Importancia de no olvidar historia psicosexual en la entrevista.

Tener en cuenta los efectos secundarios de los psicofármacos.

Orientar a los pacientes hacia un tratamiento específico.

14. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4ª ed. Washington, DC: Ed. American Psychiatric Association. 1994.

Castelo-Branco C. Sexualidad Humana: una aproximación integral. Madrid: Ed. Médica Panamericana. 2005.

Master W, Johnson, V, Kolodny, RC. La sexualidad humana. Barcelona: Ed. Grijalbo. 1987.

Montejo AL. Sexualidad y salud mental. Barcelona: Ed. Glosa. 2005.

Carrasco MJ. Disfunciones sexuales femeninas. Madrid: Ed. Síntesis. 2001.

15. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

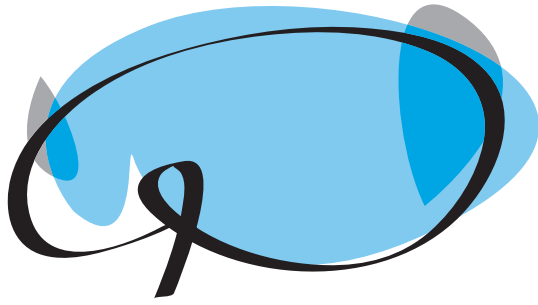
Clayton AH, Montejo AL. Major depressive disorder, antidepressant and sexual dysfunction. J Clin Psychiatry 2006; 67 [suppl 6]: 33-37.

Farré Martí JM. Parafilias: Psicopatología y tratamiento. Cuadernos de Medicina Psicosomática 1991. 17: 28-41.

Kaplan HS. La nueva terapia sexual. Alianza; 2002.

Montejo AL y Grupo Español de Trabajo para el Estudio de las Disfunciones Sexuales Secundarias a Psicofármacos. Recomendaciones de tratamiento ante disfunciones sexuales provocadas por antidepresivos.

Pellicer X. Terapia sexual. Publicaciones ISEP; 2002.



MÓDULO 2.
Clínica psiquiátrica



Trastornos de la
personalidad y del
control de los impulsos





45. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD



Autores: Kazuhiro Tajima Pozo y Laura de Anta Tejado

Tutora: Marina Díaz Marsá

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

CONCEPTOS ESENCIALES

Patrón desadaptativo de experiencia interna y comportamiento.

Inflexible y persistente.

Estable a lo largo del tiempo.

Comporta malestar o perjuicios para el sujeto.

Se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognoscitiva, afectiva, interpersonal o del control de impulsos.

De inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta.

1. INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la Personalidad (TP) se caracterizan por un patrón desadaptativo de comportamiento persistente y profundamente arraigado, que se manifiesta de manera inflexible como una modalidad estable de respuesta frente a las situaciones sociales y personales que acontece.

Históricamente, se ha considerado que los trastornos de la personalidad obedecen a anomalías del desarrollo psicológico del sujeto, pero en los últimos años se han evidenciado una serie de alteraciones neurobiológicas, principalmente en el trastorno límite y el esquizotípico, que modifican las consideraciones etiopatogénicas hasta ahora sostenidas.

➡ Aunque se suelen iniciar en la infancia o adolescencia, el diagnóstico no debe hacerse nunca antes de los 18 años, ya que es a partir de entonces cuando podemos empezar a hablar de una estructura de personalidad permanente. Sólo existe una excepción: el trastorno antisocial o disocial, que se puede diagnosticar a partir de los 14 años.

2. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Existen dos aproximaciones en la consideración de los TP. Una que consideraría que cada trastorno de personalidad se define por una serie de criterios establecidos, serían las clasificaciones categoriales. La segunda aproximación se basaría en que la personalidad dependería de la mayor o menor contribución de unas dimensiones básicas temperamentales, estaríamos hablando de la concepción dimensional de los TP.

2.1. CLASIFICACIÓN CATEGORIAL

Existen varias clasificaciones que agrupan los trastornos de la personalidad. Las más utilizadas son las propuestas por la Organización Mundial de la Salud (CIE 10) y por la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV-TR). Ambas dividen los TP en tres subgrupos (extraños, inmaduros y temerosos) (tabla 1). Estos subgrupos están elaborados por consenso y mediante sumación de criterios, sin concretarse cual es el fenómeno patológico en sí.



Tabla 1. Clasificación de los Trastornos de la Personalidad según el DSM IV. Manual de Psiquiatría AMIR 2007-2008 Kazuhiro Tajima Pozo. ISBN-13: 978-84-611-7437-9

	A	B	C
	Extraños	Inmaduros	Temerosos
Tipos	Paranoide. Esquizoide. Esquizotípico.	Antisocial. Borderline o límite. Narcisista. Histriónico.	Evitativo. Dependiente. Obsesivo o anacástico.
Características	<ul style="list-style-type: none"> • Introversos. • Independientes. • Mala socialización. • Escaso ajuste emocional: fríos "raros". 	<ul style="list-style-type: none"> • Extroversos. • Dependientes. • Mala socialización. • Escaso ajuste emocional: inestabilidad emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Introversos. • Dependientes. • Mala socialización. • Escaso ajuste emocional: miedo, angustia.

2.2. CLASIFICACIÓN DIMENSIONAL

Para la comprensión de los trastornos de la personalidad desde el modelo médico algunos autores han propuesto distintos modelos psicobiológicos. Estos diferencian varias dimensiones temperamentales que dependen cada una de disfunciones neurobiológicas. En este sentido, habría que destacar el modelo de Eysenck, el de Cloninger, el modelo de Zuckerman y el modelo de Siever y Davis.

3. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO A (tabla 2)

Este grupo se caracteriza por ser sujetos extraños, excéntricos y con tendencia al aislamiento social. Algunos TP del grupo A, principalmente el esquizotípico y el esquizoide, parecen compartir agregación genética y características clínicas con las psicosis.

3.1. TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD

► Son sujetos desconfiados, suspicaces y habitualmente prestos a interpretar las relaciones interpersonales en clave de perjuicio o como agresiones. Se trata de personas hipersensibles a agravios, rencorosos, rígidos y posesivos que, a menudo, sienten su entorno "plagado" de conspiraciones sin fundamento.

Este trastorno es más frecuente en varones y se estima una prevalencia del 2,5%. Hay que tener en cuenta que el trastorno paranoide de la personalidad puede preceder a un trastorno de ideas delirantes (paranoia).

3.2. TRASTORNO ESQUIZOIDE DE PERSONALIDAD

Los sujetos con trastorno esquizoide de la personalidad son individuos aislados socialmente y sin interés por establecer contacto con los demás ya que, en general, se sienten ajenos a las otras personas. Les cuesta entender a los demás y establecer relaciones sociales, si bien, este hecho no les produce especial sufrimiento ya que no las desean. En general, prefieren las actividades solitarias y son emocionalmente fríos e indiferentes.

El trastorno esquizoide de la personalidad, parece relacionarse genética y clínicamente con la esquizofrenia. Se trata de un trastorno, que aunque clínicamente parece estar infradiagnosticado, tiene una prevalencia según múltiples estudios que oscila entre 3 al 7%.

3.3. TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE PERSONALIDAD

Cómo ya se comentó previamente, el trastorno esquizotípico de la personalidad en la CIE 10 no se engloba entre los trastornos de personalidad sino entre los trastornos psicóticos. Se considera que es

un trastorno muy próximo a la esquizofrenia y algunas características neurobiológicas así lo constatan.

Sus dos características fundamentales podrían resumirse en: 1) dificultades en la relación social y 2) la presencia de rasgos cercanos a las psicosis como la tendencia a las ideas de referencia y la tendencia a presentar creencias raras o pensamiento mágico, las experiencias perceptivas inhabituales (ilusiones), un pensamiento y lenguaje extravagantes y, por último, suspicacia.

Son, en resumen, individuos excéntricos, desconfiados, con gusto por temas esotéricos o sobrenaturales, con un malestar agudo y dificultades para establecer y mantener relaciones personales. Se estima que su prevalencia es de 3 al 5%. Además, presenta una elevada incidencia familiar, siendo más prevalente en los familiares de primer grado de los pacientes con esquizofrenia.

Tabla 2. Trastornos de la personalidad del grupo A

TIPO DE TRASTORNO CLUSTER A	CLÍNICA	EPIDEMIOLOGÍA	CORRELACIÓN CON EJE I
PARANOIDE	<ul style="list-style-type: none"> – Desconfianza excesiva o injustificada. – Susplicacia. – ➡ Hipersensibilidad y restricción afectiva. 	<p>Más frecuente en varones.</p> <p>Prevalencia del 2,5%.</p>	<p>Puede preceder a un trastorno de ideas delirantes (paranoia).</p>
ESQUIZOIDE	<ul style="list-style-type: none"> – Dificultad para establecer relaciones sociales y sin interés por ellas, ya que se sienten ajenos a las otras personas. – Emocionalmente fríos e indiferentes. – ➡ Indiferencia a la aprobación o crítica. 	<p>Prevalencia que oscila entre 3 al 7%.</p>	<p>Parece relacionarse genética y clínicamente con la esquizofrenia.</p>
ESQUIZOTÍPICO	<ul style="list-style-type: none"> – Dificultades en la relación social. – Tendencia a las ideas de referencia. – Pensamiento mágico o gusto por temas esotéricos. – Experiencias perceptivas inhabituales (ilusiones). – Pensamiento y lenguaje extravagantes. – Susplicacia. 	<p>Prevalencia es de 3 al 5%.</p> <p>Elevada incidencia familiar, siendo más prevalente en los familiares de primer grado de los pacientes con esquizofrenia.</p>	<p>Trastorno muy próximo a la esquizofrenia.</p> <p>➡ Características neurobiológicas así lo constatan:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Anormalidades en los movimientos oculares lentos de seguimiento. – Alteraciones en los potenciales evocados. – Valores elevados de ácido homovanílico o alteraciones en la neuroimagen estructural.

4. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD GRUPO B (tabla 3)

Los TP del grupo B se caracterizan por ser sujetos inestables e inmaduros y, a menudo, conflictivos. Algunos autores relacionan etiológicamente este subgrupo con los trastornos afectivos, con el trastorno por abuso de sustancias y con los trastornos somatomorfos.

4.1. TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

Llamado también psicopatía, sociopatía o trastorno disocial. El individuo con un TP antisocial destaca por su incapacidad para adaptarse a normas, presentando conductas de rebelión, violencia y delincuencia. Además, tiene como característica la escasa respuesta al castigo así como la tendencia a comporta-



mientos de riesgo, irresponsabilidad e impulsividad. Estos pacientes son incapaces de sentir culpa o remordimientos y sus relaciones personales quedan marcadas por el deseo de explotación de los demás con mentiras y estafas. Esta conducta se explica, en parte, por su frialdad afectiva y su falta de empatía hacia los demás.

➡ Como se mencionó previamente, es el único de los trastornos de personalidad que puede diagnosticarse ya desde los catorce años. Los TP antisocial presentan frecuente comorbilidad con el trastorno por abuso de sustancias y, en menor grado, con trastornos somatomorfos, con trastornos de ansiedad y con trastornos afectivos.

➡ En cuanto al sexo, es más frecuente en hombres (3%) que en mujeres (1%) y desde el punto de vista sociodemográfico, presenta una mayor prevalencia en medio urbano y en individuos de estrato socioeconómico bajo y pertenecientes a poblaciones reclusas.

4.2. TRASTORNO LÍMITE O *BORDERLINE* DE LA PERSONALIDAD

➡ El trastorno límite de la personalidad, o *borderline*, es actualmente definido por el DSM IV como un trastorno de la personalidad que se caracteriza primariamente por disregulación emocional, pensamiento extremadamente polarizado y relaciones interpersonales caóticas.

➡ El perfil global del trastorno también incluye típicamente una inestabilidad generalizada del estado de ánimo, de la autoimagen y de la conducta, así como del sentido de identidad, que puede llevar a periodos de disociación.

Es, con mucho, el más común de los trastornos de la personalidad y muchos autores han discutido si debe considerarse como un trastorno más de la personalidad o debe considerarse como una entidad del eje I.

➡ Se estima que su prevalencia oscila entre un 0,2% y un 1,8% de la población general. De ellos el 76% son mujeres, lo que supone una proporción de 3:1.

Los estudios prospectivos sugieren en lo que se refiere a las tasas de remisión, que alrededor del 60%

a los 6 años deja de cumplir criterios diagnósticos. De hecho suele evidenciarse en la mayoría de los casos una estabilización clínica a partir de los 35-40 años, tras un periodo de mayor virulencia entre los 20 y los 35 años.

4.3. TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD

Los sujetos con trastorno narcisista de la personalidad son egoístas y requieren atención y admiración constantes. Tienden a una autoimagen grandiosa, son pretenciosos y soberbios y, a menudo, se muestran envidiosos de los éxitos ajenos. Ello se traduce en incapacidad de sentir empatía y en incapacidad para comprender o respetar los sentimientos e ideas del otro. La prevalencia general es menor del 1% y aparece más frecuentemente en hombres.

4.4. TRASTORNO HISTRIÓNICO DE PERSONALIDAD

La característica principal de este trastorno es la necesidad de ser el centro de atención mediante la expresión dramática y teatral de sus emociones. Suelen mostrar una actitud seductora y muy erotizada en las relaciones interpersonales y siempre están muy pendientes de su aspecto físico. Son personas muy influenciables y precisan la aprobación de los demás, estableciendo relaciones superficiales y manipulando a los otros para obtener su aplauso. A pesar de que tradicionalmente el trastorno histriónico se ha asociado al sexo femenino, no está claro que haya diferencia de género. La prevalencia general oscila entre el 2% y el 3%.

5. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD GRUPO C (tabla 4)

La timidez, la inseguridad y la tendencia a la pasividad son las principales características de los TP del grupo C. Habitualmente se han relacionado con los trastornos de ansiedad. A este grupo pertenecen el trastorno evitativo, el trastorno dependiente y el trastorno obsesivo de la personalidad.

5.1. TRASTORNO EVITATIVO DE LA PERSONALIDAD

Su característica fundamental es la inhibición social. Las personas con un trastorno evitativo desean

Tabla 3. Trastornos de la personalidad grupo B

TRASTORNO CLUSTER B	CLÍNICA	EPIDEMIOLOGÍA
ANTISOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Incapacidad para adaptarse a normas (violencia y delincuencia). - Escasa respuesta al castigo. - Tendencia a comportamientos de riesgo. - Incapaces de sentir culpa o remordimientos. - Relaciones personales marcadas por el deseo de explotación de los demás con mentiras y estafas. - Frialidad afectiva y falta de empatía hacia los demás. 	<ul style="list-style-type: none"> ➡ Se presenta antes de los 15 años y persiste en la edad adulta. Único de los trastornos de personalidad que puede diagnosticarse ya desde los catorce años. Más frecuente en hombres (3%) que en mujeres (1%) ➡ Mayor prevalencia en medio urbano y en individuos de estrato socioeconómico bajo y pertenecientes a poblaciones reclusas.
LÍMITE O BORDERLINE	<ul style="list-style-type: none"> - Disregulación emocional. - Pensamiento extremadamente polarizado. - ➡ Relaciones interpersonales caóticas. - ➡ Inestabilidad del estado de ánimo, la autoimagen y la conducta, así como del sentido de identidad, que puede llevar a periodos de disociación. 	<p>Prevalencia oscila entre un 0,2% y un 1,8% de la población general. De ellos el 76% son mujeres, lo que supone una proporción de 3:1.</p>
NARCISISTA	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimientos de importancia y grandiosidad. - Fantasías de éxito. - Necesidad exhibicionista de atención y admiración, explotación interpersonal. - ➡ Incapacidad de sentir empatía e incapacidad para comprender o respetar los sentimientos e ideas del otro. 	<p>La prevalencia general es menor del 1% y aparece más frecuentemente en hombres.</p>
HISTRIÓNICO	<ul style="list-style-type: none"> - Necesidad de ser el centro de atención mediante la expresión dramática y teatral de sus emociones. - ➡ Relaciones interpersonales marcadas por la superficialidad, egocentrismo, hipocresía y manipulación, con actitud seductora y muy erotizada. - Precisan la aprobación de los demás. - Muy influenciables. 	<p>Prevalencia general oscila entre el 2% y el 3%.</p>

establecer relaciones pero se sienten inseguros y temerosos de ser rechazados o ridiculizados. Se considera que tienen baja autoestima y evitan cualquier situación que implique riesgo. Las formas más graves de este trastorno se relacionan con la fobia social. La prevalencia general es del 0,5-1% y se considera que no hay diferencias de género.

5.2. TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD

Los sujetos con un trastorno dependiente de la personalidad son sumisos y muy inseguros y tienden a buscar la adhesión a una figura en la que delegan la capacidad de decisión y las responsabilidades propias y en la que se refugian. En general, son muy



ansiosos en situaciones que impliquen compromiso social, siendo incapaces de mostrar desacuerdo por miedo a perder vínculos. Etiológicamente, este tipo de TP se relacionan con el trastorno de ansiedad por separación de la infancia.

Aunque parece haberse diagnosticado más en mujeres (3:1) no parece haber diferencias de género y puede encontrarse hasta en el 10% en la población general, siendo uno de los trastornos más frecuentes en los centros de salud mental.

5.3. TRASTORNO OBSESIVO O ANANCÁSTICO DE PERSONALIDAD

Los pacientes con un trastorno obsesivo de la personalidad son perfeccionistas y preocupados por el orden y la meticulosidad. Se muestran inflexibles, tercos, poco espontáneos y muy escrupulosos con las normas. Además, suelen tener dificultades para desprenderse de sus objetos, incluso aunque carezcan de valor y se caracterizan por una excesiva devoción por el trabajo, si bien pueden ser lentos por su perfeccionismo e incapaces de delegar tareas.

➡ Esta patología tiende a relacionarse con el trastorno obsesivo-compulsivo y con la depresión mayor. La prevalencia general es del 1% y parece que se diagnostica el doble en hombre que en mujeres.

6. TRATAMIENTO

➡ El tratamiento de los trastornos de la personalidad depende de la combinación de dos estrategias fundamentales: tratamiento farmacológico y tratamiento psicoterapéutico. Sin embargo dichas estrategias no son iguales de eficaces en todos los trastornos y hay que valorar la mejor opción o valorar la combinación de ambas en función de cada tipo de trastorno de la personalidad.

6.1. PSICOFARMACOLÓGICO

Ya hemos comentado que los trastornos de la personalidad en función de cada subtipo presentan una afectación crónica del afecto, de la cognición, del nivel de ansiedad o de la impulsividad, alteraciones para las que parece existir un correlato biológico. En esto se basaría el abordaje farmacológico de los trastornos de personalidad. De hecho, la farmacoterapia

está adquiriendo un papel cada vez más importante en el control de la sintomatología de los trastornos del estado de ánimo, incluida la inestabilidad afectiva y la depresión transitoria, en la impulsividad y la agresividad, en los síntomas psicóticos y distorsiones cognitivas y en la ansiedad de estos sujetos.

- **Antidepresivos:** los antidepresivos se han utilizado frecuentemente en este tipo de patología, dada la frecuencia con que estos pacientes presentan sintomatología depresiva. Los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) han resultado eficaces, además de en la sintomatología depresiva, mejorando otros síntomas. Así, en los trastornos del Cluster A en algunas ocasiones, las alteraciones cognitivas forman parte de un cuadro afectivo que pueden mejorar con este tipo de fármacos. En los trastornos del Cluster B se consigue control de la impulsividad, de la agresividad y de las conductas autolesivas (fluoxetina). Y finalmente los del Cluster C se benefician de una mejoría del componente ansioso (paroxetina y fluvoxamina) y de la sintomatología obsesiva (sertralina).
- **Estabilizadores del ánimo:** son útiles en el control de clínica afectiva, normalizando la disregulación afectiva y evitando posibles descompensaciones hipomaníacas o depresivas, así como en el manejo de la ansiedad a largo plazo. En los últimos años se ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la impulsividad y la inestabilidad emocional, más característicos del cluster B.
- **Benzodiazepinas:** pueden ser beneficiosas en útiles el tratamiento sintomático de la ansiedad que aparece frecuentemente en estos trastornos. No hay que olvidar el potencial riesgo de adicción de estos fármacos y la posibilidad de que en algunos pacientes produzcan un efecto paradójico.
- **Neurolépticos:** su uso se limita al manejo de determinadas circunstancias asociadas a estos trastornos tales como episodios de grave descontrol conductual (explosiones de rabia u hostilidad), manejo de la ansiedad y para el control de sintomatología de tipo psicótico, ya sea por la presencia de suspicacia, por la existencia de percepciones o cogniciones paranoides o referenciales.

Tabla 4. Trastornos de la personalidad grupo C

TIPO DE TRASTORNO CLUSTER A	CLÍNICA	EPIDEMIOLOGÍA	CORRELACIÓN CON EJE I
EVITATIVO	<ul style="list-style-type: none"> - Retraimiento social a pesar del deseo de afecto. - ➡ Hipersensibilidad al rechazo, humillación o vergüenza. - Baja autoestima. 	<p>Prevalencia general es del 0,5-1%.</p> <p>No hay diferencias de género.</p>	<p>Las formas más graves de este trastorno se relacionan con la fobia social.</p>
DEPENDIENTE	<ul style="list-style-type: none"> - ➡ Pasividad para que los demás asuman responsabilidades propias. - Inseguridad, incapacidad para valerse solos. - Ansiedad en situaciones que impliquen compromiso social, siendo incapaces de mostrar desacuerdo por miedo a perder vínculos. 	<p>Aunque más en mujeres (3:1) no parece haber diferencias de género.</p> <p>Prevalencia de hasta el 10%.</p>	<p>Etiológicamente, se relaciona con el trastorno de ansiedad por separación de la infancia.</p>
OBSESIVO O ANANCÁSTICO	<ul style="list-style-type: none"> - Perfeccionismo. - Obstinación. - Indecisión. - Excesiva devoción al trabajo y al rendimiento, pero lentos por su perfeccionismo e incapacidad de delegar tareas. - Preocupados por el orden y la meticulosidad. - Poco espontáneos. - Muy escrupulosos con las normas. - Dificultades para desprenderse de sus objetos, incluso aunque carezcan de valor. 	<p>Prevalencia general es del 1%.</p> <p>Se diagnostica el doble en hombre que en mujeres.</p>	<p>➡ Tiende a relacionarse con el trastorno obsesivo-compulsivo y con la depresión mayor.</p>

6.2. PSICOTERAPÉUTICO

Para Millon, la propia personalidad es la que debe guiar la terapia mediante la combinación de las distintas técnicas existentes según las diversas características problemáticas de la personalidad del paciente. Son escasos los estudios sobre la eficacia clínica de las diferentes psicoterapias utilizadas pero entre las más utilizada se encuentran la psicoterapia cognitivo-conductual, la psicoterapia dinámica breve y la terapias dialectico-conductual.

En lo que respecta a la terapia cognitivo-conductual, se incluyen técnicas cognitivas, conductuales, emocionales e interpersonales. Si bien, los objetivos a conseguir son similares para todo el grupo de trastornos de la personalidad (entrenamiento en solución de problemas, control del estrés...), en los distintos subtipos se pretenderían algunos objetivos más específicos que detallamos.



RECOMENDACIONES CLAVE

OBJETIVOS DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	
CLUSTER	OBJETIVOS
A	Mejoría de habilidades sociales.
	Entrenamiento en comunicación interpersonal.
	Reducción de la sensibilidad a la crítica.
B	Estrategias de control de impulsos.
	Regulación de las emociones.
	Aumento de empatía.
	Cambio de distorsiones cognitivas sobre sí mismos.
C	Mejoría de la autoestima.
	Fomento de la autonomía y la toma de decisiones.
	Mejorar la asertividad.

Dentro de este grupo de terapias destacarían la Terapia Cognitiva de Beck y Freeman, la Terapia Cognitiva Centrada en los Esquemas de Young, la Terapia Cognitivo-Interpersonal (Safran y McMain), la Terapia de Valoración Cognitiva (Wessler) y la Terapia de Dialéctica-Conductual de Linehan. Esta última muy utilizada en el Trastorno Límite de la Personalidad.

7. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Trastornos de la personalidad. Rubio V y Perez A (eds). Madrid: Ed. Elsevier. 2003.

Trastornos de la personalidad. M Roca (coord.). Barcelona: Ed. Ars Médica. 2004.

Tratado de los trastornos de la personalidad. Oldham J, Skodol A and Bender D (eds.). Barcelona: Ed. Elsevier Masson. 2007.

Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM IV. Millon T (ed). Barcelona: Ed. Masson. 1998.

Cognitive Therapy of personality disorders. Aaron T. Beck, Arthir Freeman, Denise D Davis and Associates. New York: The Guilford Press. 2004.

8. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Personality Disorders: clinical and social perspectives. Wiley DJ. England, 1995.

Personality Disorders: diagnoses, management and course. Tyrer P. Oxford: Ed. Butterworth-Heinemann. 2000.

Vulnerability to psychopathology: a biosocial model. Zuckerman M. Washington DC: American Psychological Association.1999.



46. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD



Autores: Oriol Molina, María Gariup y Joan Roig

Tutor: Jordi Blanch

Hospital Clínic. Barcelona

CONCEPTOS ESENCIALES

El TLP se caracteriza por síntomas en un gran y disperso abanico de dominios: disregulación emocional, impulsividad, inestabilidad en las relaciones personales y disfunciones cognitivas. Aún así, actualmente no se requiere que se presenten síntomas en todas estas áreas, por lo que los cuadros calificados de TLP pueden ser muy heterogéneos.

Los estudios epidemiológicos realizados en población general y en distintos países, muestran una prevalencia de TLP que oscila entre un 1-2%.

Suele haber antecedentes de un entorno familiar desfavorable durante la infancia, los antecedentes psicopatológicos familiares (en especial, los rasgos desadaptativos de personalidad en relación con el abuso de tóxicos) y el abuso sexual infantil.

Aunque son escasas, hay evidencias de que el tratamiento farmacológico del TLP puede reducir algunos síntomas específicos de la enfermedad.

El tipo de psicoterapia aconsejada es la Terapia Dialéctico Comportamental, si el objetivo es reducir el riesgo de autolesiones, y la Terapia Basada en la Mentalización, para reducir clínica afectiva y mejorar el funcionamiento. En cuanto a frecuencia de las sesiones de psicoterapia, se aconseja sea preferentemente bisemanal.

1. INTRODUCCIÓN

El trastorno límite de la personalidad (TLP, en adelante) consiste en un patrón conductual de larga evolución caracterizado principalmente por inestabilidad emocional e impulsividad que afectan al funcionamiento interpersonal.

Stern (1938) describió por primera vez a los pacientes límite. Los situó entre la psicosis y la neurosis, y destacó que no respondían a terapia psicoanalítica habitual. Después de varias formulaciones relaciona-

das con concepciones amplias de la esquizofrenia (esquizofrenia ambulatoria, esquizofrenia pseudo-neurótica o carácter psicótico, entre otros), prevaleció el concepto de Kernberg (1967) de organización límite de la personalidad. Éste recogía diversos de los actuales trastornos de la personalidad y tendía a identificar pacientes iracundos, manipuladores y problemáticos. Con el desarrollo de un síndrome descriptivo, en gran parte obra de Gunderson y Singer (1975), fue viable realizar los estudios que permitieron su delimitación respecto a otros trastornos del eje I y del eje II, y su inclusión en el DSM III.



2. EPIDEMIOLOGÍA

Los estudios epidemiológicos realizados en población general y en distintos países, muestran una prevalencia de TLP que oscila entre un 1-2%. En poblaciones clínicas, la prevalencia se acerca al 10%. Se encuentran prevalencias especialmente elevadas en pacientes atendidos en servicios de urgencia por tentativas suicidas recurrentes, con prevalencias de TLP de hasta el 50%. El DSM IV afirma que el TLP es un trastorno que afecta a 3 veces más mujeres que hombres. Estudios epidemiológicos comunitarios han corroborado una mayor presencia de mujeres afectas, aunque con una tendencia menos extrema que la referida por el DSM. De hecho, algún estudio reciente afirma que no existen diferencias en prevalencia de TLP en referencia al sexo. En todo caso, parecen claras las diferencias de perfil clínico entre sexos, con mayor representación de problemas de abuso de tóxicos y agresividad en hombres y de inestabilidad afectiva en mujeres.

3. ETIOPATOGENIA

Es desconocida. Se han realizado estudios tanto en su vertiente biológica como psicosocial.

Los trastornos de personalidad son heredables, como también lo son los rasgos que bajo ellos subyacen. Respecto a la herencia del TLP, hay que señalar 3 de estos rasgos: la impulsividad, el neuroticismo y la labilidad afectiva. La impulsividad como rasgo suele agregarse en familias, y de hecho, los principales trastornos observados en parientes de primer grado de TLP no son los trastornos afectivos sino el abuso de sustancias y el trastorno antisocial de personalidad. Por el momento, no se han definido de forma consistente marcadores biológicos asociados a estos rasgos, a excepción de la relación demostrada entre impulsividad y defectos en la función serotoninérgica central. Por otro lado, la evidencia que proviene de los estudios neuropsicológicos y de neuroimagen, sugiere la presencia de alteraciones del lóbulo prefrontal asociados a déficits ejecutivos en el TLP. Asimismo, el TLP podría compartir una reducción del volumen hipocampal con el TEPT, diferenciándose de este último por una reducción concomitante del volumen de la amígdala.

La mayoría de pacientes describen experiencias infantiles conflictivas, y hasta la mitad de ellos algún

tipo de abuso sexual. Los meta-análisis realizados hasta el momento, con todo, sólo muestran una correlación moderada entre abuso sexual y TLP, o entre trauma infantil y conductas auto-agresivas. Además, sólo un 1/3 de los pacientes con TLP refieren traumas severos, del tipo que los estudios comunitarios han relacionado con secuelas psicológicas importantes en la edad adulta. Como los abusos sexuales suelen darse en paralelo a alteraciones generalizadas en la dinámica familiar que también podrían predisponer a padecer el trastorno, por el momento es difícil concretar el impacto de cada uno de ellos por separado. Se ha señalado en diversas ocasiones que son de particular importancia para el eventual desarrollo de un TLP la severidad, la cronicidad y la edad de inicio del abuso sexual y la ocurrencia paralela de otras formas de abuso y negligencia. La evidencia actual apuntaría hacia un impacto diferencial de las experiencias infantiles en relación al tipo de procesamiento cognitivo y del perfil de rasgos de personalidad. El impacto de las influencias sociales viene sugerido por el hecho de que algunos de los síntomas asociados al TLP, como los intentos recurrentes de suicidio y las autolesiones, incrementaron su prevalencia tras la II Guerra Mundial. Así mismo, a pesar que el TLP se puede reconocer en dispositivos clínicos de distintos países y culturas, su prevalencia aparenta ser algo menor en sociedades tradicionales.

4. CLÍNICA

Tal y como lo define el DSM IV-TR, el TLP se caracteriza por síntomas en un gran y disperso abanico de dominios: desregulación emocional, impulsividad, inestabilidad en las relaciones personales y disfunciones cognitivas. Aún así, actualmente no se requiere que se presenten síntomas en todas estas áreas, por lo que los cuadros calificados de TLP pueden ser muy heterogéneos.

El diagnóstico debería seguir a la obtención de una historia personal cuidadosa, en la que se estableciera la presencia de patrones de inestabilidad afectiva e impulsividad, que se iniciaran temprano en el desarrollo y que se mostrarán consistentes durante el tiempo y en diferentes contextos.

La inestabilidad afectiva propia del TLP se define habitualmente como la aparición brusca de emociones muy intensas, con un lento retorno al nivel basal.

Típicamente, el estado de ánimo fluctúa radicalmente, incluso en el curso de un mismo día, desplazándose habitualmente de la tristeza y la desmoralización a la ira. Estos cambios afectivos suelen estar relacionados con acontecimientos vitales. Independientemente a la inestabilidad afectiva, se presenta el sentimiento crónico de vacío.

La impulsividad es otro rasgo nuclear del TLP, y probablemente aquel que condiciona mayores problemas clínicos como autolesiones o autointoxicaciones. Conductas que suelen asociarse a alta impulsividad son el abuso de tóxicos, las conductas suicidas crónicas, la automutilación o las explosiones de ira (agresividad afectiva o impulsiva). Es de gran importancia diferenciar, en aquellos pacientes con un abuso de tóxicos notable, las siguientes 3 situaciones: síntomas esperables de intoxicación/abstinencia, síntomas concurrentes en periodos de especial virulencia del abuso y síntomas que son claramente independientes del abuso, siendo estos últimos de mayor importancia para el diagnóstico.

La inestabilidad interpersonal en el TLP puede ser primaria o secundaria tanto a la inestabilidad afectiva como a la impulsividad, y se suele traducir en una biografía tormentosa, marcada por relaciones inestables y conflictivas. En este ámbito, también se ubica la intolerancia a la soledad y la propensión a la dependencia.

Los pacientes con TLP pueden desarrollar síntomas asociados a la alteración del contenido del pensamiento como episodios psicóticos breves, pensamiento paranoide no delirante, pseudo-alucinaciones o despersonalización, habitualmente en relación a estrés agudo.

El curso clínico del TLP es más parecido al del abuso de sustancias y otros problemas en relación con la impulsividad que al de los trastornos afectivos o ansiosos: empieza en la adolescencia, se manifiesta de forma predominante en la primera juventud y tiende a disminuir en intensidad en las edades medias de la vida. Los estudios de seguimiento superior a 15 años muestran una recuperación entre los 30-40 años, de forma que más allá de los 40 años, por ejemplo, el 75% de los pacientes ya no cumplen criterios diagnósticos. Este fenómeno se ha observado longitudinalmente con otros trastornos de la

personalidad, como el esquizotípico, el evitativo o el obsesivo. Se considera este fenómeno refleja más un artefacto diagnóstico que no una auténtica remisión ya que, tanto en el caso del TLP como en el de estos trastornos de personalidad reseñados, dejar de cumplir los criterios diagnósticos no implica una mejoría en la capacidad funcional ni una remisión de fenómenos clínicos relevantes.

Durante el curso del trastorno, la principal complicación es la consumación del suicidio, que en distintos estudios longitudinales se cifra entre 3-10%. Habitualmente, consuman suicidio los pacientes mayores de 30 años, que no han experimentado mejora con varios tratamientos o bien que no han realizado tratamiento alguno. La condición que conlleva un peor pronóstico en esta área es la asociación del TLP con un abuso severo de tóxicos.

A pesar de ser el trastorno de la personalidad sobre el que más investigación se ha realizado, probablemente el TLP sea el trastorno de la personalidad más controvertido. Tradicionalmente, se ha considerado que los trastornos de la personalidad se manifiestan por síntomas egosintónicos, escasa conciencia de trastorno, curso más continuo que episódico y por una relación de continuidad entre síntomas y rasgos de personalidad normales. En vivo contraste, el TLP presenta un gran abanico de síntomas egodistónicos que pueden solaparse con diversas manifestaciones del eje I, los pacientes suelen reconocer que padecen serios problemas y buscan ayuda. Además, muchos pacientes dejan de cumplir criterios diagnósticos tras unos pocos años de evolución y algunos de sus síntomas más prominentes no se encuentran en relación con rasgos de personalidad normales. Con todo, su similitud con los trastornos de la personalidad proviene de su inicio temprano en el desarrollo y de las múltiples manifestaciones en afectos, cogniciones y conductas (rasgos) que perduran y afectan a múltiples esferas de la vida del paciente.

5. DIAGNÓSTICO

La CIE 10 recoge este trastorno bajo la denominación de trastorno de la personalidad emocionalmente inestable, dividido en tipo impulsivo y tipo límite. Cabe reseñar que es el único trastorno de la personalidad que no dispone de criterios diagnósticos en esta clasificación, tan sólo de criterios de investigación.



En relación a los criterios diagnósticos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM), nos remitimos a la última versión, la del DSM IV-TR.

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Siguiendo lo mencionado bajo el epígrafe “Clínica”, señalaremos por un lado las condiciones del eje I con las que puede confundirse algunas manifestaciones del TLP y, por otro, los trastornos de personalidad con rasgos similares. Para aclarar el diagnóstico diferencial cuando es dudosa la adscripción de un determinado síntoma al TLP, siempre conviene explorar y detectar la presencia de manifestaciones del trastorno en otras dimensiones, ya que éstas no suelen encontrarse en aquellas enfermedades que podrían originar síntomas parecidos.

El TLP ha sido considerado frecuentemente una variante atípica de los trastornos afectivos y, más recientemente, del espectro bipolar. La inestabilidad afectiva, tal y como se ha definido anteriormente, ha demostrado ser clínicamente distinguible de la depresión clásica y de la manía. Estos últimos se caracterizan por períodos prolongados de ánimo anormalmente fijo (ya sea elevado o disminuido), que no suelen modificarse en relación a los acontecimientos vitales y en los cuales suele ser posible identificar un punto de ruptura claro respecto al funcionamiento previo. Es de interés reseñar que en relación con estas diferencias en la fenomenología afectiva, los pacientes con TLP responden de manera diferente a los antidepresivos y a los eutimizantes que los pacientes bipolares sin un trastorno de la personalidad, excepto en algunos casos de TB II. Y, por otro lado, la inestabilidad afectiva del TLP puede responder a formas específicas de psicoterapia. Con todo, si bien la separación entre TB I y TLP parece actualmente clara, la situación es más confusa respecto al TB II. Por un lado, no existe buena evidencia comparativa respecto a la prevalencia familiar, curso longitudinal o respuesta terapéutica de estos dos trastornos. Por otro lado, aunque insuficientes, los datos actuales sobre co-ocurrencia, fenomenología y etiología de estos trastornos no permiten descartar la existencia de un fenotipo compartido.

El TLP puede presentar muchos síntomas idénticos a los trastornos del control de los impulsos, de la

conducta alimentaria y del abuso de sustancias. Su diferenciación subyace, en gran medida, en la identificación de síntomas paralelos de TLP en otras esferas y su impacto en el cuadro clínico.

En lo que respecta a las manifestaciones psicóticas del TLP, el diagnóstico diferencial con los auténticos procesos psicóticos habitualmente es sencillo dado que en el primer caso estos síntomas son transitorios, suelen estar relacionados con el estrés y el propio paciente suele localizar el origen de las alteraciones sensorio-perceptivas en sí mismo. Pueden surgir dudas con los síntomas cuasi-psicóticos de breve duración que aparecen en el trastorno de personalidad esquizotípico o bien en cuadros ganserianos en el seno de personalidades histriónicas o psicopáticas. Como ya hemos señalado, otras manifestaciones clínicas y una buena exploración de la trayectoria biográfica deberían aclarar el diagnóstico. En otro orden de cosas, los pacientes con TLP también pueden presentar estados psicóticos de origen tóxico.

Los trastornos de la personalidad con un perfil de rasgos parecido al TLP son los recogidos en el clúster B del DSM. En estos casos, la diferenciación suele ser posible en base a aquellas categorías sintomatológicas del TLP que más relación guardan con los trastornos del Eje I, como la disregulación afectiva y la impulsividad. Con todo, en casos concretos, esto puede ser difícil al satisfacer el paciente criterios para diversos trastornos de la personalidad a la vez, al presentar paralelamente un trastorno del Eje I o bien por la propia proximidad clínica de los rasgos que caracterizan a estos trastornos de la personalidad entre sí.

7. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Como ya se ha descrito anteriormente, el trastorno límite de la personalidad es una entidad heterogénea, con multitud de síntomas de diferentes esferas psicopatológicas: impulsividad, ansiedad, elevada inestabilidad emocional y cambios de humor, ideación y conductas suicidas o heteroagresivas, así como síntomas psicóticos o disociativos transitorios. Esta heterogeneidad de síntomas hace que el estudio de los tratamientos farmacológicos del trastorno límite de personalidad sea complejo. La gama de psicofármacos estudiados ha sido muy diversa: antidepresivos, antiepilépticos, antipsicóticos, ansiolíticos y

otros fármacos, como por ejemplo la naloxona y los ácidos omega-3.

➡ No obstante, en el TLP los estudios realizados hasta la fecha no han encontrado un tratamiento farmacológico efectivo y duradero.

➡ Además, también es conocido que en muchos pacientes con trastorno límite de la personalidad los síntomas desadaptativos pueden ser transitorios y remitir sin tratamiento farmacológico.

➡ En la literatura constan hasta la fecha alrededor de 30 ensayos clínicos controlados de tratamientos farmacológicos para pacientes con TLP, la mayoría de los cuales han sido publicados en la última década.

➡ El inconveniente principal de todos ellos es que han sido realizados con escasa población y tiempo de seguimiento insuficiente. Así, las evidencias que ofrecen estos estudios son débiles.

➡ Actualmente tenemos que afirmar que el tratamiento farmacológico del trastorno límite de la personalidad es, en general, poco efectivo. A pesar de estos datos, en la práctica clínica hasta un 70% de pacientes con TLP toman psicofármacos, y hasta un 22% toman 3 o más fármacos.

➡ Debido a la elevada heterogeneidad del TLP, el abordaje terapéutico farmacológico está orientado a mejorar los síntomas más desadaptativos en cada paciente. Las evidencias que se derivan de los estudios para el tratamiento general del TLP indican que algunos tratamientos farmacológicos pueden hacer disminuir síntomas concretos en los pacientes con TLP. De aquí se ha sugerido estudiar el tratamiento del TLP en función de cuatro dominios de síntomas:

- Alteraciones cognitivas y perceptivas.
- Sintomatología depresiva.
- Ansiedad y fobias.
- Impulsividad y alteraciones conductuales.

Como hemos comentado, ninguno de los tratamientos tiene la suficiente evidencia como para que reciba la indicación de tratamiento del TLP. No obstante, conviene conocer las débiles evidencias de los en-

sayos clínicos realizados hasta la actualidad para el tratamiento de pacientes con TLP. Éstas son las principales conclusiones de los estudios realizados para los fármacos estudiados:

7.1. ANTIEPILÉPTICOS

Existen estudios con valproato, litio, carbamacepina, topiramato y lamotrigina (en total: 10 ensayos clínicos). Hay algunas evidencias de que el topiramato reduce la irritabilidad, la ansiedad y la depresión en los pacientes con TLP. Valproato, litio y carbamacepina no han demostrado evidencias significativas. Lamotrigina tiene alguna evidencia de eficacia en el tratamiento de la irritabilidad. Es mejor tolerada que los anteriores, aunque puede generar efectos adversos graves en algunos pacientes.

7.2. ANTIPSICÓTICOS

- Olanzapina. 5 ensayos clínicos contra placebo. Evidencias de aumento ponderal. Leves evidencias de mejoría en casi todos los síntomas de TLP.
- Haloperidol. 2 ensayos clínicos contra placebo (1 de ellos contra fenelcina). Hay algunas evidencias de que reduce los síntomas de depresión, psicosis, hostilidad e impulsividad. Efectos adversos frecuentes.
- Aripiprazol. 1 ensayo clínico contra placebo en voluntarios. 18 semanas de seguimiento. En este ensayo aripiprazol mostró alguna eficacia en la reducción de la irritabilidad, ansiedad, depresión y hostilidad en los pacientes con TLP.
- Ziprasidona. 1 ensayo clínico contra placebo. Sin evidencias.

7.3. ANTIDEPRESIVOS

- 3 ensayos clínicos controlados contra placebo. Amitriptilina, fenelcina y fluvoxamina. Todos mejoran los síntomas depresivos.
- Hay moderadas evidencias que amitriptilina mejora la sintomatología depresiva en los pacientes con TLP.
- Fenelcina mejora la hostilidad.
- No hay evidencias de la eficacia de fluvoxamina en otros aspectos.



7.4. NALOXONA (ANTAGONISTA OPIOIDE)

Un ensayo clínico controlado contra placebo muestra eficacia en la reducción de la sintomatología disociativa en pacientes con TLP.

7.5. ÁCIDOS GRASOS OMEGA-3

Dos ensayos clínicos controlados en pacientes con TLP. Hay eficacia en reducción de la hostilidad y de la depresión.

Si nos referimos a los grupos de síntomas del TLP, el tratamiento farmacológico ha mostrado las evidencias más marcadas y replicadas en la mejora de la depresión.

Finalmente, es importante recordar que los pacientes con trastorno límite de la personalidad presentan elevada comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos.

➡ Según la literatura actual la mayoría de los pacientes con TLP presentarán a lo largo de la vida síntomas desadaptativos añadidos que cumplirán criterios de un trastorno psiquiátrico del Eje I o II. Es frecuente que el motivo de consulta del paciente con TLP sea el trastorno comórbido.

➡ En caso de comorbilidad se recomienda iniciar tratamiento farmacológico enfocado a tratarlo, especialmente en el caso de la depresión.

⬆ Actualmente se desaconseja el tratamiento farmacológico prolongado del trastorno límite de la personalidad.

8. TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Tanto la evidencia disponible como la experiencia clínica aconsejan que el núcleo del tratamiento del TLP consista en psicoterapia. Aún así, la evidencia científica actual acerca de la eficacia de las diferentes técnicas es escasa: con muy pocos ensayos clínicos aleatorizados y controlados (ECA). Los estudios más frecuentes son estudios abiertos, sin grupo control ni aleatorización.

Se han descrito múltiples técnicas terapéuticas, diferenciables en 3 clases de creciente complejidad:

intervenciones breves y de baja intensidad, psicoterapias individuales, y programas estructurados. Además, se han utilizado arte-terapias, terapias complementarias y comunidades terapéuticas. En la presente revisión se considerarán las intervenciones más utilizadas en orden de complejidad creciente, ya que los programas más complejos a menudo incluyen técnicas menos intensivas. Se indicará de forma esquemática la mejor evidencia existente al respecto.

En la tabla 1 se resumen las principales características de todas ellas.

8.1. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS BREVES

Son intervenciones de baja intensidad, administradas durante un máximo de 6 meses.

Aquí destacaremos sólo la Terapia Cognitiva Asistida por Manual (TCAM).

8.2. PSICOTERAPIAS INDIVIDUALES

Se trata de intervenciones de mayor intensidad y duración, estructuradas en sesiones individuales mono o bisemanales, administradas ambulatoriamente.

Se pueden distinguir las terapias de orientación cognitivo-conductual (TCC), las de orientación dinámica, y las integradoras. A menudo son terapias desarrolladas primariamente para otras patologías, y sucesivamente adaptadas al TLP.

8.2.1. Terapias cognitivo-conductuales

Son tratamientos estructurados, donde el enfoque está en ayudar al paciente a colegar sus pensamientos, sentimientos y conductas. Describimos la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), STEPPS, Terapia de solución de problemas y TC focalizada en los esquemas.

8.2.2. Terapias de orientación dinámica

El foco está en los conflictos inconscientes entre los deseos que generan ansiedad y los mecanismos de defensa en contra de dichos deseos. Se asume que los problemas en las relaciones se repiten en la relación con el terapeuta, manifestándose en la

transferencia y contra transferencia, analizadas por el terapeuta. La relación terapéutica se vuelve así instrumento de comprensión y de cambio. Se dirigen principalmente a pacientes con alta motivación, capacidad de mentalización, cierto autocontrol y entorno contenedor.

Con respecto a su uso clásico, en el TLP tienen una duración más limitada, el terapeuta ejerce un papel más activo, tiene una actitud optimista y la alianza terapéutica se busca desde el principio. Detallamos la terapia focalizada en la transferencia (TFP), psicoterapia dinámica de tiempo limitado y la terapia Psicodinámica Interpersonal (TPI).

8.2.3. Terapias integradoras y otras técnicas

Terapia cognitivo-analítica (CAT), terapia guiada por el paciente (Millon) y terapia interpersonal.

8.3. PROGRAMAS DE PSICOTERAPIA

Combinan más tipos de terapia, por ejemplo, individual y grupal, siendo proporcionados por más que un terapeuta. Describimos las más importantes, la terapia dialéctico-comportamental (TDC) y la terapia basada en la Mentalización (TBM).

8.4. OTRAS TERAPIAS

Mencionamos, como grupo, a las Arte-terapias y a las distintas formas de Comunidad Terapéutica (CT).

RECOMENDACIONES CLAVE

El trastorno límite de la personalidad suele estar sobrediagnosticado en algunos ámbitos (urgencias y hospitalización psiquiátrica) e infradiagnosticado en otros (atención primaria).

Los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad suelen requerir más esfuerzo, tanto del profesional que lo atiende, como de los diversos dispositivos disponibles (urgencias, hospitalización, dispositivos de la red de salud mental, dispositivos de la red de toxicomanías, dispositivos sociales, etcétera). En pocos casos se consiguen resultados satisfactorios si no existe la participación en el proceso terapéutico de diversos profesionales y de diversos dispositivos.

Suele ser difícil encontrar el equilibrio entre la negligencia terapéutica (“como no mejorará no vale la pena hacer nada”) y la sobreimplicación excesiva por parte del terapeuta.

El riesgo de suicidio consumado es elevado y conviene tenerlo siempre presente e informar al entorno del paciente.

Cada paciente requiere un tipo de tratamiento psicofarmacológico y/o psicoterapéutico individualizado y específico. El objetivo del tratamiento debe ser mejorar al máximo el funcionamiento del paciente, aunque muchas veces esta mejoría es escasa y/o transitoria.



Tabla 1. Resumen de las principales psicoterapia utilizadas en el tratamiento del Trastorno límite de la personalidad

Psicoterapia	Principal síntoma diana	Estructura	Enfoque	Técnicas específicas	A destacar	Mejor evidencia acumulada
TCAM (Breve)	Intentos autolíticos repetidos.	Hasta 5 sesiones semanales durante 3 meses post tentativa +/- 2 sesiones semanales extra.	Cognitivo.	Resolución de problemas.	<ul style="list-style-type: none"> - Manual autoadministrado. - No influye otros síntomas del TLP. 	2 ECA (Tyrer 2003; Weinberg 2006).
TCC	Esquemas cognitivos distorsionados.	Sesiones semanales de entre 9 meses y 3 años de duración.	Cognitivo-conductual.	Las propias del enfoque. Se enfatizan las tareas fuera de la sesión.	Especial atención a la desvinculación, inconstancia o falta de cumplimiento.	1 ECA (Davidson 2006).
STEPPS	Conductas y emociones disreguladas.	20 sesiones semanales de 2 horas + 1 sesión familiar.	Cognitivo-conductual.	3 escalones (steps): 1.- Consciencia sobre conductas y emociones "límite". 2.- Entrenamiento en regulación emocional. 3.- Entrenamiento en habilidades de conducta.	Usada como complemento a otras intervenciones.	1 ECA (Bloom 2008).
Terapia de solución de problemas	Crisis tras gestos autolesivos.	3 sesiones individuales + 16 sesiones grupales.	Cognitivo-conductual.	5 fases: 1.- Adopción actitud de solución de problemas. 2.- Definir problemas y objetivos. 3.- Generar soluciones alternativas. 4.- Elección soluciones óptimas. 5.- Implementar soluciones y re-evaluarlas.		
Terapia cognitiva focalizada en esquemas	Esquemas cognitivos distorsionados.		Cognitivo-conductual.	Exploración profunda de los esquemas desarrollados a lo largo de la vida, de su génesis e implicaciones actuales.	Cuestiona la utilidad de los esquemas antiguos y promueve el aprendizaje de nuevos y más adaptativos.	1 ECA (Giesen-Bloo 2006).

Terapia focalizada en la transferencia	Relaciones patológicas.	Sesiones bisemanales durante 1 año.	Psicodinámica.	Se considera el núcleo del TLP la repetición inconsciente de relaciones patológicas del pasado, que se analiza y modifica a través de la relación transferencial.	<ul style="list-style-type: none"> - Manualizada. - Estructurada. - Inicialmente moviliza patrones desadaptativos de conducta. 	1 ECA (Clarkin, 2004).
Psicoterapia dinámica de tiempo limitado	Toda la sintomatología del trastorno.		Psicodinámica.	A través de la relación terapéutica promover nuevas experiencias y nuevo aprendizaje.	Especialmente destinada a pacientes graves.	
Terapia dinámica integradora	Recuerdos traumáticos.		Psicodinámica.	Integrar los recuerdos traumáticos en el ego del paciente. Desarrollo de un lenguaje emocional.	Manualizada.	1 ECA (Munro-Bloom 1995).
Terapia cognitivo-analítica	Daño del Yo secundario a traumas o privación.	Entre 16 y 24 sesiones individuales.	Mixto cognitivo y psicodinámico.	Reformulación: consiste en la elaboración conjunta entre paciente y terapeuta de las dinámicas recurrentes subyacentes a los síntomas, generando nuevos patrones de relación.		1 ECA (Chanen 2008).
Terapia guiada por paciente de Millon	Todos los síntomas del trastorno.		Mixto de todos los enfoques.	Usa las diferentes técnicas disponibles según el aspecto a tratar en cada momento.	Marcadamente individualizada.	
Terapia interpersonal	Dificultades interpersonales.	Breve.	Mixto.	Se relacionan 4 áreas con los cambios de humor: <ol style="list-style-type: none"> 1.- Sensitividad interpersonal. 2.- Transición de roles. 3.- Conflictos interpersonales. 4.- Duelos. 	Estructurada.	



Tabla 1. Resumen de las principales psicoterapias utilizadas en el tratamiento del Trastorno límite de la personalidad (continuación)

Psicoterapia	Principal síntoma diana	Estructura	Enfoque	Técnicas específicas	A destacar	Mejor evidencia acumulada
Terapia dialéctica-conductual	Inicialmente dirigido a autolesiones reiteradas, aunque aborda el trastorno en general y hasta pacientes con elevada impulsividad sin TLP.	Programa estructurado de tratamiento por equipos terapéuticos.	Consta de 4 fases: 1.- Previa. 2.- Control de conductas no adaptativas. 3.- Abordaje de los síntomas postraumáticos. 4.- Desarrollo de la autoestima y manejo problemática diaria.	Multimodal 1.- Estrategias de aceptación: validación, mentalización, principios zen... 2.- Estrategias de modificación de conducta: entrenamiento en habilidades sociales, exposición, reestructuración cognitiva...	<ul style="list-style-type: none"> - Manualizada. - Incluye instrumentos dialécticos. - Principios derivados del budismo zen: aceptación del dolor como experiencia humana, liberación del apego... - Trabajo de diversos terapeutas en equipo. 	6 ECA (Clarkin 2004, Koons 2001, Linehan 1996 y 2006, Turner 2000, van den Bosch 2002).
Terapia basada en la Mentalización	Todos los síntomas a través del aumento de la capacidad auto-reflexiva del paciente.	Máximo 18 meses en régimen de Hospital de Día. Recientemente se han ensayado abordajes ambulatorios.	Múltiple: (+) T. psicoanalítica semanal individual. (+) T. psicoanalítica grupal trisemanal. (+) Psicodrama semanal. (+) Asambleas semanales. (+) Encuentros con el coordinador.	Mentalización: capacidad de comprender los estados mentales propios y ajenos → poder nombrar a los estados mentales y reparar la estructura del self.	Trabajo en equipo de múltiples terapeutas, bajo 1 supervisor del caso.	1 ECA (Bateman 1999).
Arte terapia			Varias (danza, psicodrama, musicoterapia...).	Potenciar la expresión creativa en un entorno protector → potenciar la autoconciencia y el manejo de las emociones.		Series de casos.
Comunidad Terapéutica	Suele reservarse a los pacientes que no han respondido a otros tratamientos.	Grados de convivencia variables.	Combina sesiones formales de psicoterapia (habitualmente psicodinámica) con el beneficio derivado de la convivencia democrática.	Usa los procesos sociales y grupales de forma terapéutica.	<ul style="list-style-type: none"> - Se suele combinar a otras psicoterapias. - En ocasiones no admite tratamiento farmacológico concomitante. - Escasamente evaluada la reinserción funcional al alta. 	

9. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Trastorno Límite de la Personalidad (Guía Clínica). Gunderson J. Ed. Ars Medica. 2002.

Trastornos de la Personalidad en la Vida Moderna. Millon T. Ed. Masson-Elsevier. 2ª ed. 2006.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Borderline Personality Disorder: treatment and management. June 2008 (www.nice.org.uk).

Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Jan 25;(1):CD005653 (www.cochrane.org).

Duggan C et al. The use of pharmacological treatments for people with personality disorders: A systematic review of randomized controlled trials. *Personality and Mental Health.* 2008;2:119-170.

10. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Bohus, Schmahl, Lieb. New Developments in the Bohus, Schmahl, Lieb. New Developments in the Neurobiology of Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports.* 2004;6(1):43-50.

Bradley, Jenei, Westen. Aetiology of Borderline Personality Disorder: Disentangling the Contributions of Interrelated Antecedents. *The Journal of Nervous and Mental Diseases.* 2005;193(1):24-31.

Zanarini, Frankenburg. The Essential Nature of Borderline Psychopathology. *Journal of Personality Disorders.* 2007;21(5):518-535.

Paris J. The Treatment of Borderline Personality Disorder: Implications of Research on Diagnosis, Aetiology and Outcome. *Annual review of Clinical Psychology.* 2009;5:277-290.

Dahl A. Controversies in diagnosis, classification and treatment of Borderline Personality Disorder. *Current Opinion in Psychiatry.* 2008;21:78-83.





47. TRASTORNOS DE CONTROL DE IMPULSOS



Autores: Ilija Saíz Pérez y Rubén Rodrigo Hortigüela Arroyo

Tutor: Avelino de Dios Francos

Complejo Asistencial de Burgos. Burgos

CONCEPTOS ESENCIALES

La base fenomenológica de los trastornos de control de impulsos es la presencia de impulsos irresistibles a realizar un acto a la vez gratificante y perjudicial para el individuo. Antes de realizar el acto experimentan un aumento de la tensión o activación. Durante la realización sienten placer o alivio de la tensión.

Se presenta como una incapacidad para la reflexión previa al acto conductual que se manifiesta en dos componentes principales: dificultad para resistir los impulsos y respuesta precipitada a los estímulos.

La impulsividad se utiliza para caracterizar diversos trastornos psiquiátricos, como los trastornos límite y antisocial de la personalidad, las adicciones, los trastornos de la conducta alimentaria y el trastorno por hiperactividad de la infancia. Por otra parte la impulsividad se considera en sí misma una enfermedad en los llamados trastornos del control de los impulsos.

1. TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE

1.1. EPIDEMIOLOGÍA

No hay datos precisos de su prevalencia, aunque se estima que como tal trastorno, puro y aislado, es raro. Es más frecuente en varones. Se inicia al final de la adolescencia o al comienzo de la edad adulta, entre los 20 y 30 años.

1.2. ETIOPATOGENIA

- Serían fruto de un déficit de los mecanismos inhibitorios de la conducta, frente a un aumento de la reactividad emocional.
- Puede haber en algunos casos hallazgos EEG inespecíficos, alteraciones en el metabolismo de la serotonina en LCR, signos neurológicos

menores y antecedentes neurológicos (traumatismos, convulsiones febriles en la infancia) pero sin entidad clínica diferenciada.

- ➡ Se ha relacionado la predisposición a la agresividad con factores ambientales como abusos sexuales o falta de cuidados o maltratos en la infancia. También se han destacado la identificación de figuras parentales agresivas, hostiles y frustrantes. El psicoanálisis propone que los arrebatos explosivos son una defensa contra los hechos que suponen una herida narcisista.

1.3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS (tabla 1)

Se presenta en individuos “mentalmente sanos”. Representa quizá la forma más pura de impulsividad.

La persona puede describir los episodios agresivos como “raptos” o “ataques” en los que el comporta-



Tabla 1. Criterios del DSM IV-TR para el diagnóstico de trastorno explosivo intermitente

- Varios episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que dan lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.
- El grado de agresividad durante los episodios es desproporcionado a la intensidad de cualquier estresante psicosocial precipitante.
- Los episodios agresivos no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno antisocial de la personalidad) o trastorno límite de la personalidad, trastorno psicótico, episodio maníaco, trastorno disociativo o trastorno por déficit de atención con hiperactividad) y no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, medicamentos) o a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal, enfermedad de Alzheimer).

miento explosivo va precedido por una sensación de tensión o activación interior y va seguido inmediatamente de una sensación de liberación o alivio. Los episodios de descontrol pueden durar minutos u horas. Posteriormente el individuo puede sentirse culpabilizado, arrepentido o avergonzado por su comportamiento.

El comienzo es brusco y el curso episódico crónico.

1.4. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Debe diagnosticarse únicamente después de que se hayan descartado todos los trastornos que van asociados a comportamientos impulsivos o agresivos:

- Descartar un trastorno mental orgánico, tipo delirium o demencia o cambio de la personalidad tipo agresivo debido a enfermedad médica. En estos casos las manifestaciones agresivas, se acompañan de otras manifestaciones clínicas y se consideran como efecto fisiológico directo de una enfermedad médica diagnosticable o al efecto de drogas o medicamentos.
- La intoxicación o abstinencia de sustancias psicoactivas también pueden asociarse a accesos de agresión incontrolada. Hay que tenerlo siempre en cuenta y recurrir a su detección en orina o sangre.
- El comportamiento agresivo o errático que se pueden dar en las psicosis, en el episodio maníaco, en los trastornos antisociales y límite de la personalidad, en el trastorno disocial y negativismo desafiante.

- También hay que descartar que estemos ante una simulación, sobre todo en contextos médico-legales o forenses.

1.5. TRATAMIENTO

Son escasos los estudios realizados sobre el tratamiento, por la dificultad para encontrar paciente que cumplan los criterios diagnósticos y de investigación.

El soporte psicoterapéutico es imprescindible para ayudar al paciente a controlar su explosividad y a recuperar la relación con las personas de su entorno.

Se han empleado fármacos como los neurolepticos, los betabloqueantes, las benzodiazepinas, el litio, los antiepilépticos y los antidepresivos con resultados irregulares. Entre los más utilizados están los antidepresivos serotoninérgicos, el litio y la carbamazepina. Se han descrito efectos paradójicos con las benzodiazepinas, por lo que su uso debería restringirse en estos pacientes.

2. JUEGO PATOLÓGICO

2.1. EPIDEMIOLOGÍA

Se estima que entre el 1-3 % de la población adulta, sufre este trastorno a lo largo de su vida aunque es difícil precisarlo ya que la mayoría de los sujetos que lo padecen no lo reconocen y nunca piden ayuda. Existen poblaciones en las que la prevalencia se dispara, como entre los enfermos mentales.

Las formas son variadas según la cultura, el medio y el escenario donde se practica. Afecta el doble a hombres que a mujeres. Comienza al final de la adolescencia o inicio de la edad adulta.

Cuando llega a medios clínicos y se diagnostica, frecuentemente han transcurrido años y se presenta en fases avanzadas y complicado con otros trastornos.

2.2. ETIOPATOGENIA

Algunos autores postulan que el juego patológico se adquiriría por un mecanismo de condicionamiento clásico y operante, fijado tanto por la recompensa económica, como por la excitación que provoca su práctica. Tiende a perpetuarlo el establecimiento de cogniciones irracionales, como la creencia de que puede recuperarse lo perdido o puede controlarse la suerte. Tanto los estímulos asociados al entorno (pasar delante del casino, escuchar la música de las máquinas tragaperras), como los internos (determinados estados anímicos o pensamientos mágicos de estar en racha) pueden iniciar la secuencia que siempre finaliza del mismo modo.

Desde el punto de vista de la neuroquímica, se han desarrollado diferentes hipótesis:

- La relación de la ludopatía con otros trastornos del control de impulsos, suponen la implicación con mecanismos serotoninérgicos.
- Las teorías que destacan la importancia del arousal (nivel de activación) y el rasgo temperamental “búsqueda de sensaciones”, sustentan la alteración del sistema noradrenérgico.
- Otra teoría vincula más estrechamente la ludopatía con el resto de adicciones, y señala la implicación de vías dopaminérgicas.
- La pertenencia de este trastorno a los espectros del trastorno obsesivo-compulsivo y de los trastornos afectivos.

La genética propone un modelo poligénico y multifactorial, que explicaría la agregación familiar que se observa en este trastorno

2.3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS (tabla 2)

Se ha observado en estos individuos una mayor incidencia de trastornos del estado de ánimo, abuso

Tabla 2. Criterios del DSM IV-TR para el diagnóstico de juego patológico

- Comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, como indican por lo menos cinco (o más) de los siguientes items:
 - Preocupación por el juego (p. ej., preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar).
 - Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.
 - Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego.
 - Inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego.
 - El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p. ej., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión).
 - Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de «cazar» las propias pérdidas).
 - Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego.
 - Se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo o abuso de confianza, para financiar el juego.
 - Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego.
 - Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego.
- El comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maníaco.



o dependencia de sustancias y trastornos de personalidad antisocial, o narcisista o límite. Un 20% llega a realizar intentos de suicidio.

2.4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- El juego patológico debe distinguirse del juego social o lúdico que tiene lugar entre amigos o compañeros, su duración es limitada y las pérdidas aceptables, o no tanto, pero no comprometen el funcionamiento personal, familiar o laboral.
- Otra forma de juego es el juego profesional, donde los riesgos también son limitados, la disciplina es crucial y los sujetos se ganan la vida con ello; aunque puedan presentar algunos de los problemas asociados al juego (como intensa preocupación por el juego) no cumplen todos los criterios.
- Por otra parte un jugador patológico tras un “atacón” de juego con ganancias puede mostrar euforia y un comportamiento que parece un episodio maniaco.

2.5. TRATAMIENTO

El tratamiento del juego patológico es complejo y debe atender a varios factores, incluyendo abordajes farmacológicos, psicológicos y sociales.

Se han utilizado varios grupos farmacológicos: anti-depresivos, estabilizadores del humor y antagonistas opiáceos fundamentalmente, con un grado de éxito parcial y variable.

Los tratamientos psicológicos aplicados han sido de muy diversos tipos, también con eficacia variable. Existe cierto consenso en que las terapias de orientación cognitivo-conductual producen mejorías más evidentes y rápidas.

En cuanto a las intervenciones sociales una de las primeras medidas es evitar la disponibilidad de dinero no controlado, incluso en ocasiones retirar toda forma de financiación del paciente.

3. PIROMANÍA

3.1. EPIDEMIOLOGÍA

Resulta imposible determinar con exactitud la prevalencia de este trastorno, ya que la mayoría de los su-

jetos que lo padecen no llegan a darse a conocer, por las consecuencias legales que ello supondría. Parece un trastorno raro. Es más frecuente en varones.

3.2. ETIOPATOGENIA

Se ha relacionado con hallazgos neurobiológicos como la presencia de niveles bajos de metabolitos de serotonina, noradrenalina y corticotropina en LCR y la elevada presencia de antecedentes familiares de alcoholismo.

3.3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS (tabla 3)

Tabla 3. Criterios del DSM IV-TR para el diagnóstico de piromanía.

- Provocación deliberada e intencionada de un incendio en más de una ocasión.
- Tensión o activación emocional antes del acto.
- Fascinación, interés, curiosidad o atracción por el fuego y su contexto situacional (p. ej., parafernalia, usos, consecuencias).
- Bienestar, gratificación o liberación cuando se inicia el fuego, o cuando se observa o se participa en sus consecuencias.
- El incendio no se provoca por móviles económicos, como expresión de una ideología sociopolítica, para ocultar una actividad criminal, para expresar cólera o venganza, para mejorar las propias circunstancias de la vida, en respuesta a una idea delirante o a una alucinación, o como resultado de una alteración del juicio (p. ej., en la demencia, retraso mental, intoxicación por sustancias).
- La provocación del incendio no se explica por la presencia de un trastorno disocial, un episodio maniaco, o un trastorno antisocial de la personalidad.

Las personas con este trastorno son a menudo “vigilantes”, regulares del fuego en sus vecindarios, pueden provocar falsas alarmas y asociarse como voluntario o profesional a los cuerpos de extinción de incendios.

El curso suele ser episódico y no se conoce con certeza el curso longitudinal, su pronóstico y desenlace.



- Los fármacos más utilizados han sido aquellos con acción serotoninérgica y también se han descrito beneficios con los eutimizantes como el litio o el valproico y con antagonistas opiáceos como la naltrexona.
- Lo más recomendable es la combinación de algún tratamiento psicofarmacológico con psicoterapia de tipo cognitivo-conductual.

5. TRICOTILOMANIA

5.1. EPIDEMIOLOGÍA

Según la APA afecta al 1-2 % de la población escolar y afecta igual a ambos sexos, aunque en adultos, las muestras clínicas están compuestas más por mujeres.

5.2. ETIOPATOGENIA

- Las teorías psicodinámicas hacen referencia a conflictos sexuales tempranos.
- Los conductistas sugieren que podría tratarse de una conducta secundaria a situaciones de estrés.
- Las teorías biológicas se basan en la respuesta parcial a fármacos serotoninérgicos, vinculándola también a trastornos afectivos y trastornos de ansiedad, sobre todo con el trastorno obsesivo-compulsivo.
- La respuesta a algunos antipsicóticos sugiere que la dopamina pudiera estar implicada.

5.3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS (tabla 5)

Los sitios más frecuentes son la cabeza, las cejas y las pestañas.

Puede asociarse retorcimiento de los cabellos y la tricofagia.

Tienden a negar su comportamiento y a ocultar o camuflar la alopecia resultante. Algunas personas sienten necesidad de arrancar el pelo a otros o a animales o a objetos fibrosos (muñecos, tejidos).

Morderse las uñas, rascarse y hacerse excoiaciones o mordisquear objetos pueden ser comportamientos asociados.

Existe una elevada comorbilidad con trastornos depresivos, trastorno de ansiedad y abuso de sustancias.

Tabla 5. Criterios del DSM IV-TR para el diagnóstico de tricotilomanía

- Arrancamiento del propio pelo de forma recurrente, que da lugar a, una pérdida perceptible de pelo.
- Sensación de tensión creciente inmediatamente antes del arrancamiento de pelo o cuando se intenta resistir la práctica de ese comportamiento.
- Bienestar, gratificación o liberación cuando se produce el arrancamiento del pelo.
- La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental y no se debe a una enfermedad médica (p. ej., enfermedad dermatológica).
- La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

➔ 5.4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Otras causas de alopecia.
- Con otros trastornos mentales que expliquen mejor el comportamiento de arrancamiento del cabello, como por ejemplo, si fuera la respuesta a una idea delirante o una alucinación en la esquizofrenia.
- También debe diferenciarse de un verdadero trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), aunque algunos autores postulan que la tricotilomanía es una forma de dicho trastorno.
- Habrá que descartar que se trate de trastornos por movimientos estereotipados, como tics complejos, si presentan otros movimientos o comportamientos.
- Hay que descartar el trastorno facticio con síntomas físicos y la simulación, para conseguir beneficio del entorno.

5.5. TRATAMIENTO

Lo habitual es que los pacientes tarden años en solicitar tratamiento por la tendencia a negar la enfermedad y sentimientos de vergüenza y hasta la mitad pueden quedar sin diagnóstico y tratamiento.

No hay un tratamiento claramente establecido como el más eficaz, ya que hay pocos estudios controlados.

En esta situación lo más apropiado será un abordaje múltiple que incluya tanto psicoterapia como tratamiento farmacológico.

Los fármacos serotoninérgicos han sido los más utilizados ya que han mostrado eficacia terapéutica.

Algunas técnicas psicoterapéuticas como las de modificación de conducta, biofeedback o la hipnosis han resultado eficaces.

6. OTROS TRASTORNOS DEL CONTROL DE IMPULSOS. LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES

Este tipo de conductas, se han denominado “adicciones comportamentales”, por su parecido con las llamadas adicciones químicas. Su presencia sugiere la existencia de un autocontrol deficiente de la conducta, o sea un trastorno del control de los impulsos.

Si una conducta placentera, incluso si es aceptada socialmente como hábitos o afición normal, pasa a vivirse como una necesidad imperiosa, a convertirse en un comportamiento inevitable y deteriora las relaciones familiares, sociales o laborales, entonces hablamos de “adicción comportamental”.

Los rasgos típicos de estas conductas son:

- Pérdida de control sobre la actividad (pérdida de la libertad interior).
- Continuación de la conducta a pesar de sus consecuencias adversas.
- Deseo cada vez mayor de repetir la conducta, que puede convertirse en una obsesión intensa y que genera una dependencia psíquica.
- Síndrome de abstinencia (ansiedad, inquietud, tensión) si no puede realizarse.
- Pérdida de interés por otro tipo de conductas previamente satisfactorias.

Se consideran factores favorecedores de este tipo de conductas la existencia de una personalidad inmadura con elevada impulsividad, baja autoestima,

intolerancia a las frustraciones y búsqueda exagerada de sensaciones.

La comorbilidad con otros trastornos es muy alta y debe investigarse.

Se ha hecho referencia y descrito numerosas adicciones comportamentales. Algunas de ellas son:

- **Compra compulsiva:** se habla de adicción a las compras cuando se siente una necesidad irresistible de adquirir de forma repetida objetos innecesarios incluso a elevado precio, lo que producirá un deterioro económico importante en muchos casos. Es bastante más frecuente en el sexo femenino.
- **Adicción al sexo:** se desencadena una necesidad imperiosa de practicar actividad sexual a pesar de resultar poco o nada satisfactoria. Posteriormente, suelen sucederse intensos sentimientos de culpabilidad.
- **Adicción al trabajo.**
- **Adicción al teléfono móvil:** los sujetos no son capaces de desprenderse del teléfono móvil incluso en situaciones técnicamente dificultosas (ir al baño, conducir, bañarse en la playa, etc.) y comprueban repetidamente el estado de la cobertura o la batería. Suele asociarse a otras conductas, como la adicción al trabajo, y es más frecuente en varones jóvenes.
- **Adicción a internet:** es más frecuente en los varones. Debe distinguirse del uso de internet con una finalidad concreta secundaria a otro tipo de adicción, como puede ser el sexo, las compras, las parafilias o el juego. En este caso, lo primordial es la conducta problemática primaria.
- **Adicción a los videojuegos.**
- **Adicción a la comida o determinados tipos de alimentos.**
- **Adicción a la actividad o al ejercicio.** Alta comorbilidad con los trastornos de la conducta alimentaria.
- **Adicción a los deportes de riesgo y conductas temerarias.**



RECOMENDACIONES CLAVE

Los trastornos del control de los impulsos tienen una alta comorbilidad con otras patologías, sobre todo trastornos del espectro afectivo, por lo que es necesario investigar su presencia.

En general el abordaje terapéutico debe de ser multidisciplinar, incluyendo tratamiento farmacológico, psicológico y en algunos casos intervenciones sociales.

Existen muy pocos estudios controlados sobre el tratamiento farmacológico. Los más utilizados en este momento son: ISRS, litio, anticonvulsivos y antipsicóticos atípicos.

La ludopatía es el trastorno más relevante por su frecuencia y repercusiones. En los últimos años están adquiriendo gran importancia las adicciones comportamentales.

7. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

American Psychiatric Association. DSM IV-TR. Barcelona: Masson, S.A. 2003.

De la Gándara J, De Dios A. Trastornos del control de impulsos. En: *Psiquiatría en Atención Primaria*. Vázquez-Barquero JL et al. Barcelona: Ed. Aula Médica Ediciones. 2007:455-470.

Rodríguez A, Ros S. Los trastornos puros. En: *Impulsividad*. Ros S, Peris D, García R (eds). Barcelona: Ed. Ars Médica. 2004:81-99.

Carrasco JL, Diaz M. Trastornos del Control de Impulsos. En: *Tratado de Psiquiatría*. Vallejo J, Leal C (eds). Barcelona: Ed. Ars Médica. 2005:1482-1495.

De la Gándara JJ, Sanz O, Álvarez MT. Adicciones comportamentales (1). En: *Tratado de Psiquiatría*. Vallejo J y Leal C (Eds). Barcelona: Ed. Ars Médica. 2005:831-843.

8. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

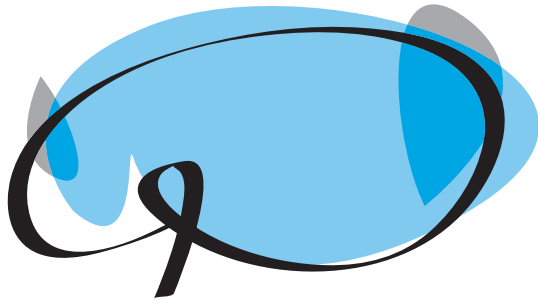
De la Gándara JJ. Adicciones comportamentales. *Monografías de Psiquiatría* (5). 1998.

Sadock BJ, Sadock VA. Trastorno del control de impulsos no clasificados en otros apartados. En: *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid: Ed. Waverley Hispánica, S.A. 9ª ed. 2004:782-294.

Bobes J. et al. Comportamientos impulso-agresivos en esquemas. Ed. Ars Médica. 2008.

Ibañez A, Saiz J. Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos. En: *Tratado de Psiquiatría*. Barcia D (ed.). Madrid: Ed. Aran. 2000:579-602.

Saiz J, Ibañez A. Adicciones comportamentales (II): Juego Patológico. En: *Tratado de Psiquiatría*. Vallejo J y Leal C (eds). Ars Médica. Barcelona: Ed. Ars Médica. 2005:844-857.



MÓDULO 2.
Clínica psiquiátrica



Trastornos mentales
infanto-juveniles





48. TRASTORNOS MENTALES EN LA INFANCIA COMUNES I



Autores: Rafael Manuel Gordillo Urbano y Pilar Zurita Gotor
Tutora: Teresa Guijarro Granados
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

CONCEPTOS ESENCIALES

Trastornos de ansiedad en la infancia.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y comportamiento perturbador.

Trastorno por tics.

Trastornos que afectan a funciones fisiológicas: alimentación, sueño y eliminación.

Trastornos psicosexuales.

Otros trastornos de inicio en infancia: Movimientos estereotipados, tartamudez, farfullero.

1. INTRODUCCIÓN

Clasificación de los trastornos psiquiátricos en la infancia y adolescencia

La clasificación de los trastornos psiquiátricos en la infancia tuvo su origen en el manual de psiquiatría infantil que publicó Leo Kanner en 1935 aunque apenas se tuvo en cuenta en las primeras clasificaciones de los trastornos mentales (DSM y CIE). Rutter et al. (1969) elaboran una lista considerablemente más larga de trastornos psiquiátricos en la infancia que fue posteriormente incorporada a la CIE 9 (OMS, 1977) y constituyó la base para la que se recogió en el DSM III (1980).

Actualmente la clasificación de los trastornos mentales en general y, por tanto, también los de la infancia, se recoge en el DSM IV-TR (APA, 2002) y la CIE 10 (OMS, 1992); esta última con sistema multiaxial para la infancia (MIA CIE 10, 2001). Aún así, la mayoría de las enfermedades mentales que ocurren en la infancia se rigen por los mismos criterios que las de los adultos estando más adaptados a estos últimos, lo que dificulta el diagnóstico en psiquiatría infantil.

La división entre Trastornos mentales comunes o graves es artificiosa, por lo que los autores hemos llegado al acuerdo de asignar los diferentes trastornos a uno u otro capítulo en virtud de su frecuencia, gravedad, grado de incapacitación, etc.

2. TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA INFANCIA

Introducción: el miedo en el desarrollo

Los temores del desarrollo son aquellos miedos normales dirigidos a asegurar la adaptación y supervivencia. El contenido de estos temores varía según la etapa evolutiva. La forma mórbida sería aquella que se presenta de forma exagerada y, por lo tanto, desadaptativa.

Epidemiología

Son los trastornos psiquiátricos más frecuentes en niños, con una prevalencia estimada según las series de entre el 9 y el 21%.



Etiología general

Multicausal y adaptada al modelo vulnerabilidad-estrés.

Áreas etiológicas de interés:

- El temperamento: muy reactivos ante situaciones nuevas o con las que no están familiarizados.
- El vínculo: un patrón de vinculación inseguro entre madre e hijo.
- Ansiedad parental.
- Experiencias vitales: acontecimientos negativos.

Clasificación

- Fobia social y específica.
- Trastorno obsesivo compulsivo.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno de estrés postraumático.
- Trastorno de pánico con o sin agorafobia.
- Otros trastornos codificados en "Trastornos de inicio en la infancia niñez o adolescencia".
 - Trastorno de ansiedad de separación.
 - Mutismo selectivo.
 - Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez.

2.1. FOBIA ESPECÍFICA

Definición

Presencia de un miedo acusado, persistente, excesivo e irracional a objetos o situaciones concretas ante cuya exposición se produce una respuesta inmediata de ansiedad. Otros elementos claves en el diagnóstico son la evitación de la situación temida, la anticipación ansiosa y el malestar que se deriva de la interferencia provocada por la situación temida en la rutina.

Epidemiología

Este trastorno se presenta con una prevalencia entre el 1 y el 9,2%. Los primeros síntomas se reconocen en torno a los 12 años.

Criterios diagnósticos

Para su diagnóstico se siguen los mismos criterios clínicos que en adultos.

Características específicas

- La conciencia de irracionalidad hacia el miedo presentado puede no existir.
- Las manifestaciones de ansiedad pueden derivar hacia rabietas, pataletas, llanto, abrazos.

Tratamiento

- Psicoterapia: exposición in vivo con manejo de contingencias y estrategias de autocontrol.
- Farmacoterapia: no se ha demostrado su eficacia. En casos puntuales benzodiazepinas (cloracepato 0,25 mg/kg/día, loracepam 0,75-3 mg/día, clonacepam 0,005-0,015 mg/kg/12 horas con incremento cada tres días de 0,25-0,5 mg hasta dosis de mantenimiento de 0,1-0,2 mg/kg/día).

2.2. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Definición

Se trata de un trastorno caracterizado por la presencia de obsesiones y compulsiones recurrentes que provocan malestar o interferencias en el desarrollo de la vida cotidiana.

Epidemiología

Según las series entre el 0,2 y el 3% de la población.

Criterios diagnósticos

Los mismos que en población adulta.

Características específicas

- Sensación de que "algo no está bien" hasta que se completa una acción determinada.
- Habitual el camuflaje de los rituales; claves para el diagnóstico: excesivas e improductivas horas para hacer deberes, borrar y corregir excesivamente exámenes y tareas escolares, repasar y

releer párrafos de forma continuada, uso desproporcionado de papel higiénico, cambio de toalla con pocos usos, uso de rituales largos y estructurados para la realización de actividades cotidianas.

- No atribución de los rituales a pensamientos obsesivos, ansiedad o malestar psíquico. No conciencia de absurdidad.
- Gran variabilidad en el síntoma y en la evolución del mismo a lo largo del tiempo.
- Rituales más frecuentes: 80% rituales de limpieza, 50% rituales de repetición, algo menos de la mitad de comprobación.

Etiología específica

↑ La infección por *Streptococcus* β hemolítico del grupo A. Constituyen el grupo de trastornos denominados PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with *Streptococcus*). Se caracteriza por: presencia de TOC o tics, inicio prepuberal, comienzo súbito o con exacerbaciones bruscas coincidentes con infección por estreptococos y asociación con anormalidades neurológicas.

Tratamiento

- Psicoterapia: en niños pequeños con TOC leve y sin comorbilidad. Terapia cognitivo conductual con programas de exposición con prevención de respuesta junto con técnicas de control de ansiedad.
- Farmacoterapia: en casos más graves, niños mayores o que no participen en psicoterapia. ISRS (Sertralina, único en su clase aprobado para el uso en TOC infantil, menores de 12 años inicio con 25 mg/día y dosis máxima de 200 mg/día, mayores de 12 años inicio con 50 mg/día y misma dosis máxima).

El tratamiento combinado ofrece la mayor tasa de mejoría y la menor de recaída.

2.3. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Definición

Preocupación excesiva y descontrolada la mayor parte de los días durante al menos 6 meses. Lo que

caracteriza al trastorno es la cantidad de acontecimientos que son tema de preocupación (acontecimientos futuros, relaciones con los compañeros, aceptación social, competitividad).

Epidemiología

Prevalencia entre el 1 y el 5%.

Criterios diagnósticos

Iguales que en adultos.

↑ Características específicas

- Descritos por sus padres como “excesivamente preocupados y alertas”.
- Presencia de tensión, aprehensión, irritabilidad, necesidad de ser tranquilizado, autoimagen negativa y molestias físicas.
- Sobreestiman la probabilidad de consecuencias negativas, predicen desenlaces catastróficos y subestiman su capacidad para afrontar situaciones desfavorables.
- Dedicar más tiempo a hablar de sus preocupaciones que a distraerse de ellas.

Tratamiento

- Psicoterapia: terapia cognitivo conductual; la única cuya eficacia se apoya en ensayos aleatorizados y controlados.
- Farmacoterapia: aunque no está aprobado su uso para trastornos de angustia en niños y adolescentes, algunos ensayos han demostrado la eficacia de ISRS sobre placebo. Serían de elección la fluoxetina y sertralina a dosis habituales (entre 20-40 mg/día y 50-200 mg/día respectivamente).

2.4. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Definición

Trastorno caracterizado por la aparición de respuestas de rememoración, miedo, angustia y sensación de indefensión producido por la vivencia de un acontecimiento traumático extremo.



Epidemiología

Hasta un 90% de los niños expuestos a un acontecimiento de este tipo experimentará un TEPT. Comorbilidad con trastorno depresivo y otros trastornos de ansiedad.

Criterios diagnósticos

Los mismos que en adultos.

↑ Características específicas

- Las respuestas referidas anteriormente pueden ser comportamientos desestructurados o agitados.
- La rememoración puede expresarse a través de juegos repetitivos.
- Puede existir reescenificación del suceso traumático.
- Puede ocurrir el TEPT por acontecimientos ocurridos a miembros de la familia.

Tratamiento

- Psicoterapia: mezcla de terapia cognitivo conductual, psicoterapia de apoyo a la familia y psicoterapia de inspiración psicodinámica.
- Farmacoterapia: ISRS, sobre todo paroxetina y sertralina a dosis habituales en población infantil.

2.5. OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

(codificados en "Trastornos de inicio en la infancia niñez o adolescencia") (tabla 1).

2.5.1. Trastorno de ansiedad de separación (TAS)

Definición

Se caracteriza por la expresión de una ansiedad excesiva e inadecuada (según la etapa del desarrollo) al separarse de las personas a las que el niño está vinculado (generalmente progenitores).

➡ La ansiedad de separación es un fenómeno normal del desarrollo que se inicia entre los 5-7 meses de vida y que disminuye a partir de los 3 años.

Epidemiología

Su prevalencia parece encontrarse entre el 3 y 5% en niños de 5 a 9 años.

No se encuentran diferencia entre sexos.

Criterios diagnósticos DSM IV-TR (tabla 2)

Tratamiento

- Psicoterapia: terapia cognitivo-conductual (TCC). Las técnicas conductuales empleadas son la desensibilización, exposición prolongada, modelado, *role playing*, técnicas de relajación

Tabla 1. Trastornos de inicio en la infancia, niñez ó adolescencia

DSM IV - TR	CIE 10	
Otros trastornos de la infancia la niñez o la adolescencia.	Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia.	Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Trastorno de ansiedad de separación. ■ Mutismo selectivo. ■ Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Trastorno de ansiedad de separación. ■ Trastorno de ansiedad fóbica en la infancia. ■ Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia. ■ Trastorno de rivalidad entre hermanos. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mutismo selectivo. ■ Trastorno de vinculación de la infancia reactivo y desinhibido.

Tabla 2. Trastorno de ansiedad de separación

Se trata de una ansiedad excesiva o no adecuada a la edad del niño, relacionada con la separación del hogar o de figuras importantes. Se deben dar en, al menos, 3 de estas circunstancias:

- 1) Excesivo malestar repetido cuando hay o anticipa una separación respecto el hogar o figuras importantes (padres, cuidadores...).
- 2) Gran preocupación persistente por perder las personas con las que se halla vinculado o porque éstas sufran daño.
- 3) Gran preocupación persistente porque se produzca un acontecimiento que le separe de las figuras con las que mantiene más vínculos (p. ej. secuestro).
- 4) Resistencia o negativas repetidas a ir al colegio o cualquier otro lugar que implique separación.
- 5) Resistencia o miedo persistente o excesivo a estar sin las principales figuras vinculadas en el hogar o en otros lugares.
- 6) Resistencia o negativa persistente a irse a dormir sin una persona significativa cerca.
- 7) Repetidas pesadillas con contenido de separaciones.
- 8) Quejas repetidas de síntomas físicos al ocurrir o anticipar una separación respecto a las figuras significativas.

El trastorno ha de durar al menos un mes, y debe iniciarse antes de los 18 años. Provoca en la persona un malestar significativo y causa deterioro en áreas importantes de la vida del niño, como es el colegio, el trabajo o las relaciones sociales.

y refuerzo. No se han encontrado diferencias de eficacia en cuanto a su aplicación individual o grupal.

- **Farmacoterapia:** los ISRS son los fármacos de elección en el tratamiento del TAS. Las benzodiazepinas (cloracepato 0,25 mg/kg/día, loracepam 0,75-3 mg/día, clonacepam 0,005-0,015 mg/kg/12 horas con incremento cada tres días de 0,25-0,5 mg hasta dosis de mantenimiento de 0,1-0,2 mg/kg/día) están menos sustentadas por ensayos clínicos, aun así podría estar indicado su uso en niños muy ansiosos de forma breve y en monoterapia o junto a ISRS hasta conseguir el efecto terapéutico de estos.

2.5.2. Mutismo selectivo

Definición

Trastorno caracterizado por la incapacidad persistente (por lo menos 1 mes) para hablar en una o más situaciones sociales en las que se espera que uno hable a pesar de hacerlo en otras situaciones.

Epidemiología

La prevalencia estimada de este trastorno varía según los estudios entre el 0,03 y el 2%. Esta gran variabilidad puede depender de la edad de los niños de la muestra y de las diferencias en la aplicación de criterios diagnósticos. Su inicio es a menudo insidioso documentándose edades tan tempranas como los 2 a 4 años.

➡ Alto grado de asociación con la fobia social (en ocasiones más del 90%) También en algunos casos se ha observado antecedentes de retraso en la adquisición del lenguaje.

Criterios diagnósticos DSM IV-TR (tabla 3)

Tratamiento

- **Psicoterapia:** la terapia cognitivo conductual con técnicas de manejo de contingencias, exposición y automodelado, parecen haber dado buenos resultados. En cualquier caso dado



Tabla 3. Mutismo selectivo

- A. Incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas (en las que se espera que hable, p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.
- B. La alteración interfiere el rendimiento escolar o laboral o la comunicación social.
- C. La duración de la alteración es de por lo menos 1 mes (no limitada al primer mes de escuela).
- D. La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento o de fluidez del lenguaje hablado requerido en la situación social.
- E. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de la comunicación (p. ej., tartamudeo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Tabla 4. Trastorno reactivo de la vinculación de la primera infancia ó niñez

- A. Relaciones sociales en la mayor parte de los contextos sumamente alteradas e inadecuadas para el nivel de desarrollo del sujeto, iniciándose antes de los 5 años de edad, y puestas de manifiesto por 1 o 2:
 - 1. Incapacidad persistente para iniciar la mayor parte de las interacciones sociales o responder a ellas de un modo apropiado al nivel de desarrollo, manifestada por respuestas excesivamente inhibidas, hipervigilantes, o sumamente ambivalentes y contradictorias (p. ej., el niño puede responder a sus cuidadores con una mezcla de acercamiento, evitación y resistencia a ser consolado, o puede manifestar una vigilancia fría).
 - 2. Vínculos difusos manifestados por una sociabilidad indiscriminada con acusada incapacidad para manifestar vínculos selectivos apropiados (p. ej., excesiva familiaridad con extraños o falta de selectividad en la elección de figuras de vinculación).
- B. El trastorno del Criterio A no se explica exclusivamente por un retraso del desarrollo (como en el retraso mental) y no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo.
- C. La crianza patogénica se manifiesta al menos por una de las siguientes características:
 - 1. Desestimación permanente de las necesidades emocionales básicas del niño relacionadas con el bienestar, la estimulación y el afecto.
 - 2. Desestimación persistente de las necesidades físicas básicas del niño.
 - 3. Cambios repetidos de cuidadores primarios, lo que impide la formación de vínculos estables (p. ej., cambios frecuentes en los responsables de la crianza).
- D. Se supone que el tipo de crianza descrita en el Criterio C es responsable del comportamiento alterado descrito en el criterio A (p. ej., las alteraciones del Criterio A empezaron tras la instauración de los cuidados patogénicos que aparecen en el Criterio C).

Tipo inhibido: si predomina el Criterio A1 en la presentación clínica.

Tipo desinhibido: si predomina el Criterio A2 en la presentación clínica.

que el propio hecho de la comunicación es gratificante per se es frecuente que una vez que se inicia la misma su mejoría resulte muy reforzante.

- Farmacoterapia: son escasos los estudios controlados con fármacos aunque los ISRS parecen haber mostrado eficacia.

2.5.3. Trastorno reactivo de la vinculación de la primera infancia o niñez

Definición

Se caracteriza por una relación social inapropiada en la mayoría de los contextos.

Criterios diagnósticos DSM IV-TR (tabla 4)

Etiología

La aparición de este trastorno está íntimamente ligada a la desatención permanente de las necesidades físicas (frecuentes déficits nutricionales) y emocionales del niño y a los cambios continuos de cuidador principal lo que dificulta la formación de vínculos estables.

Tratamiento

El tratamiento está encaminado en primer lugar a asegurar el bienestar físico del niño realizando todas las intervenciones médicas oportunas, incluso en medio hospitalario si fuera necesario. Posteriormente se tratará el aspecto psicosocial.

3. TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR

Clasificación (tabla 5)

3.1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Clínica/diagnóstico (tabla 6)

El DSM IV-TR exige para el diagnóstico:

- 6 o más síntomas de desatención, al menos 6 meses, de forma desadaptativa e incoherente en relación al nivel de desarrollo.
- 6 ó mas síntomas de hiperactividad /impulsividad; al menos 6 meses, de forma desadaptativa e incoherente en relación al nivel de desarrollo.
- Inicio antes de los 7 años.
- Que aparezcan en 2 o más ambientes.
- Debe existir deterioro de actividad social, académica o laboral.
- No en el contexto de TGD, esquizofrenia u otro trastorno psicótico; no se explica mejor por otro trastorno mental.

Subtipos: predominantemente inatento; predominantemente hiperactivo-impulsivo; combinado.

La CIE 10 exige 6 síntomas de inatención, 3 de hiperactividad y 1 de impulsividad.

Tabla 5. TDAH y comportamiento perturbador

DSM IV-TR	CIE 10
<p>Trastorno por déficit de atención (TDAH) y comportamiento perturbador</p> <ul style="list-style-type: none"> – TDAH tipo combinado. – TDAH con predominio déficit atención. – TDAH con predominio hiperactividad/impulsividad. – Trastorno disocial. – Trastorno negativista desafiante. – TCP no especificado. 	<p>Trastorno comportamiento y emociones de comienzo habitual en infancia (F 90-98)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Trastorno hipercinético. – T. de la actividad y la atención. – T. hipercinético disocial. – Otros trastornos hipercinéticos y sin especificación. <p>Trastornos disociales (F 91) (6 subtipos)</p> <p>Trastornos disociales y de las emociones (F 92)</p>



Tabla 6. TDAH

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS TDAH DSM IV-TR Y CIE-10		
Inatención	Hiperactividad	Impulsividad
Le cuesta mantener atención. Dificultad en fijar atención. No escucha. No sigue instrucciones, no acaba deberes. Desorganizado. Pierde cosas. Distraído. Olvidadizo. Evita tareas que requieren esfuerzo mental.	Se mueve en exceso. Se levanta de la silla. Corre o salta en exceso. Dificultad en estar quieto. Siempre en marcha. Habla en exceso.	Precipita respuestas. No puede esperar colas. Interrumpe o se mete en actividades de otros.

Epidemiología

- Distinta prevalencia según criterios diagnósticos usados; en torno al 4-8 %.
- Mas frecuente el subtipo combinado: 60%; inatento: 30%; hiperactivo-impulsivo: 10%
- Máxima prevalencia 6-9 años.
- Más frecuente en niños que en niñas, aunque varía según subtipo. Niños: niñas en subtipo hiperactivo-impulsivo 4:1; subtipo inatento 2:1 .
- Más prevalente en determinadas situaciones como niños adoptados, padres separados, patología psiquiátrica previa.
- Los síntomas que desaparecen primero en la evolución son los de hiperactividad (disminuyen en adolescencia), seguidos de impulsividad y, por último, inatención, aunque algunos continúan en edad adulta.

Etiología

- Componente genético: se presenta con mayor frecuencia en familiares biológicos de primer grado de probandos adoptados que en familias en que conviven los probandos adoptados.
- Complicaciones perinatales (p. ej., hemorragia anterior al parto, parto prolongado, madre fumadora, niños con bajo peso al nacer... hay una mayor frecuencia de TDAH).

- Enfermedad neurológica: parece que una alteración precoz del SNC puede aumentar el riesgo de TDAH. Los hallazgos sugieren que los individuos con TDAH pueden presentar anomalías en la funcionalidad de la corteza prefrontal y alteraciones de la actividad dopaminérgica del SNC.
- Se he hablado (aunque dudoso) del papel que podría jugar la dieta, distintas alergias, exposición a toxinas.

Comorbilidad

- El TDAH presenta una alta comorbilidad con el trastorno negativista desafiante (40%), trastorno disocial (20%), trastornos de ansiedad y del estado de ánimo y trastornos de tics.

En adolescentes: problemas de conducta, trastorno por abuso de sustancias, trastorno de ansiedad y humor.

Evaluación y diagnóstico diferencial

La exploración básica debe constar de:

- Historia clínica, entrevista estructurada.
- Escala validada: ADHD Rating Scale-IV (Du Paul y col.).
- Otros instrumentos para medir atención (sostenida, selectiva, compleja), memoria de trabajo,

impulsividad: CSAT (Children Sustained Attention Task), MF20 (test de emparejamiento de figuras conocidas 20), D2 (Test de atención).

↑ El diagnóstico diferencial debe establecerse con todos aquellos cuadros que cursen con hiperactividad, trastornos de conducta y/o problemas de aprendizaje, con especial atención a los problemas específicos de aprendizaje escolar, trastornos del lenguaje y al retraso madurativo. Se debe valorar también la posible existencia de déficits sensoriales (sordera parcial, alteraciones visión..) que pueden confundirse con alteraciones de la atención.

Tratamiento

↑ Debe constar de intervención psicológica, educativa y farmacológica.

Según la guía NICE:

- Niños en edad preescolar: no realizar tratamiento farmacológico; realizar programas de entrenamiento parental, psicoterapia individual (técnicas conductuales), intervenciones educativas.
- En escolares si la sintomatología es grave, existen alteraciones en aprendizaje, puede tratarse de forma mixta.
- Farmacológica:
 - Metilfenidato de liberación inmediata: 0,6-1 mg/kg/d. 3 dosis/d. Es más fácil para iniciar dosis, puede triturarse la pastilla (ventaja en los más pequeños).
 - Metilfenidato de liberación prolongada: 18, 36, 54 mg/d. Una única dosis. Mejor por menor estigmatización del niño en el ámbito escolar, mayor comodidad de las dosis y efecto mantenido sin picos durante todo el día.
 - Atomoxetina: dosis inicial 0,5 mg/kg incrementando a los 3 días a 1,2 mg/kg. Inicio del efecto en 3-4 semanas.
 - Antidepresivos tricíclicos, bupropion, clonidina: menos eficaces.
- No farmacológica: psicoterapia individual (técnicas conductuales); intervenciones educativas; intervenciones familiares.

↑ Aunque el estudio MTA demostró la eficacia del tratamiento farmacológico frente a otras técnicas, estudios posteriores sugieren que el tratamiento combinado es el más efectivo, actuando sobre síntomas cardinales, prevención de recaídas y psicopatología asociada.

3.2. TRASTORNO DISOCIAL

Criterios diagnósticos DSM IV-TR (resumidos) (tabla 7)

Tabla 7. Trastorno disocial

- A. Patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad que se manifiesta por la presencia de 3 (ó más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos un criterio durante los últimos 6 meses:
- Agresión a personas y animales: fanfarronea, amenaza o intimida/ inicia peleas/ usa un arma/ cruel hacia personas/ crueldad hacia animales/ ha robado enfrentándose a la víctima/ ha forzado a actividad sexual.
 - Destrucción de la propiedad: provoca incendios deliberadamente para causar daños/ ha destruido queriendo propiedades de otras personas.
 - Fraudulencia o robo: ha violentado la casa o coche de otro/ miente/ ha robado sin enfrentamiento con la víctima.
 - Violaciones graves de normas: pasa la noche fuera sin permiso antes de los 13 años/ se ha escapado de casa por la noche por lo menos dos veces/ falta a clase desde antes de los 13 años.
- B. Provoca deterioro significativo en la actividad social, laboral o académica.
- C. Si tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial.

Tipos

De inicio infantil: inferior a 10 años.

De inicio en la adolescencia.



De inicio no especificado.

Según gravedad: leve, moderado o grave.

Prevalencia

- Los estudios muestran tasas de prevalencia de entre 1-10%.
- Más frecuente en hombres que en mujeres (proporción hombres/mujeres: 4/1).
- Ha aumentado en los últimos años; más en núcleos urbanos.

Etiopatogenia

Multifactorial, intervienen:

- Variables individuales: factores genéticos, neuroquímicos (papel de la serotonina, NA y GABA), endocrinos (papel de la testosterona), psicobiológicos (temperamento y rasgos de personalidad).
- Variables familiares y sociales: violencia intrafamiliar, aislamiento social, pobreza, incultura, desarraigo familiar.

Pronóstico

- Formas leves: mejoría con el tiempo.
- Formas graves: Tienen a cronicidad (del 33 al 47% de los varones evolucionan a trastorno antisocial de la personalidad y solo del 11 al 30% de las mujeres).
- ➡ Factores de mal pronóstico: edad temprana de inicio, altos niveles de comportamiento antisocial, actuaciones antisociales en distintos entornos, distintos comportamientos antisociales, existencia de comorbilidad, delincuencia familiar, pobreza.

Diagnóstico

- ➡ Evaluación pluridisciplinar:
 - Paciente: historia clínica y exploraciones complementarias pertinentes.
 - Familia: composición, estructuración, relaciones entre miembros..

– Escuela: desarrollo académico, comportamiento, absentismo..

– Condiciones socioeconómicas y ambientales: lugar donde reside, vivienda, sustento.

- Cuestionarios específicos (validados):

En España: cuestionarios del Proyecto ESPERI (para educadores, padres y auto-evaluación).

Diagnóstico diferencial

Depresión, ansiedad, reacciones adaptativas, TDAH, psicosis, trastorno bipolar, déficits cognitivos (RM, trastornos del desarrollo), epilepsia, trastorno por consumo de sustancias.

Sin embargo, a veces, todos estos trastornos pueden darse de forma comórbida con un trastorno disocial.

Tratamiento

- ➡ Multimodal

- Psicoterapéutico: individual, familiar, grupal.
- Educativo-ocupacional-laboral.
- Social.

- El objetivo general se basa en:

- Detectar y tratar situaciones desencadenantes y/o de riesgo.
- Desarrollo de un sistema de apoyo y de promoción social para el conjunto de la familia.
- Favorecer la relación del niño con TC con grupo de iguales.
- Limitar el contacto con sus iguales antisociales.
- Incrementar el apoyo escolar y las interacciones con los profesores.

➡ Los psicofármacos son de segunda elección y deben ir acompañados de otros abordajes. Se han utilizado neurolepticos, antidepresivos (ISRS), eutimizantes.

3.3. TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

Criterios diagnósticos DSM IV-TR (tabla 8)

Tabla 8. Trastorno negativista desafiante

<p>A. Patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura al menos 5 meses, estando presentes 4 (ó más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) A menudo se encoleriza e incurre en pataletas. 2) A menudo discute con adultos. 3) A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas. 4) A menudo molesta deliberadamente a otras personas. 5) A menudo acusa a otro de sus errores o mal comportamiento. 6) A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros. 7) A menudo es colérico y resentido. 8) A menudo es rencoroso o vengativo. <p>B. Provoca deterioro significativo en la actividad social, académica o laboral.</p> <p>C. No aparece exclusivamente en el curso de un trastorno psicótico o un trastorno del estado de ánimo.</p> <p>D. No se cumplen los criterios de trastorno disocial, y si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los del trastorno antisocial de la personalidad.</p>
--

Epidemiología

- Más prevalente en hombres que en mujeres antes de la pubertad (después probablemente se igualen) (proporción hombres/mujeres: 2/1).
- Tasas de 2-16% en niños y adolescentes.
- Síntomas semejantes en ambos sexos, salvo que los hombres pueden incurrir en más síntomas de confrontación y los síntomas son más persistentes.

Etiopatogenia

- Dificultad de los padres para fijar límites.
- Temperamento difícil.
- Puede ser la expresión temprana de rasgos genéticos de personalidad psicopática.

Diagnóstico diferencial

Con trastorno disocial (menos grave, no hay agresiones a personas o animales, destrucción de propiedades o robos); con trastornos del estado de ánimo y trastornos psicóticos; TDAH; retraso mental (sólo diagnosticar de forma concomitante si el comportamiento negativista es notablemente mayor de lo esperado).

Tratamiento

Principalmente técnicas conductuales.

4. TRASTORNO DE TICS (tabla 9)

Los tics son movimientos o vocalizaciones provocados por contracciones musculares rápidas y repetidas, carentes de objetivo, recurrentes y estereotipadas.

Se suelen experimentar como involuntarios aunque pueden suprimirse o retrasarse durante cierto tiempo no sin gran esfuerzo por parte del paciente.

↑ Tabla 9. Tics. Clasificación

TICS VOCALES	SIMPLES: toser, carraspear, gruñir, resoplar, olisquear.
	COMPLEJOS: repetición de palabras o frases fuera de contexto que pueden adoptar forma de coprolalia, ecolalia o palia.
TICS MOTORES	SIMPLES: guiñar los ojos, estirar cuello, hacer muecas.
	COMPLEJOS.

Clasificación (tabla 10)

Tanto DSM como CIE 10 coinciden en distinguir tres cuadros específicos:

Tabla 10. Tics. Cuadros específicos

DSM IV-TR	CIE 10
■ El trastorno de tics transitorio.	
■ El trastorno de tics motores o vocales crónico.	
■ Trastorno de la Tourette.	



Epidemiología

- Estudios en población general han puesto de manifiesto que hasta el 18% de los niños y el 11% de las niñas han presentado tics.
- Mayor prevalencia entre los 7 y 11 años.
- Con respecto al síndrome de la Tourette, se ha estimado su prevalencia en población general en 5-10 casos por cada 10.000 personas. Siendo mayor en niños que en adultos y también en hombres que en mujeres.

➤ Comorbilidad: los tics infantiles se asocian a tasas mayores de trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y de otros síntomas de ansiedad durante la adolescencia.

Etiología

- Vulnerabilidad genética: probablemente lo que se herede sea una vulnerabilidad no exclusiva para esta enfermedad sino para padecer una amplia gama de tics y síntomas obsesivos. Áreas cromosómicas de interés para la investigación se han establecido en los cromosomas 4q y 8p.
- Correlación neuroanatómica: los ganglios basales y sus conexiones corticales, talámicas y mesencefálicas constituyen el sustrato neuroanatómico del síndrome de la Tourette.
- Factores neuroquímicos: participación del sistema dopaminérgico, de los opiáceos endógenos así como de la noradrenalina.
- Factores perinatales: el bajo peso al nacer y circunstancias vitales maternas estresantes.
- Factores autoinmunitarios: mecanismos autoinmunitarios alterados que se desencadenan con la infección por estreptococo betahemolítico del grupo A (PANDAS).

Evaluación y diagnóstico diferencial

Antes de llegar al diagnóstico de trastorno de tics, hay que diferenciar éstos de otros movimientos anormales, por ejemplo los movimientos distónicos, coreiformes, atetoides, mioclónicos y hemibalísmicos. También se deben distinguir de los temblores o manierismos. Se deben igualmente descartar enfermeda-

des médicas que pueden provocar estos movimientos (enfermedad de Huntington, parkinsonismo, corea de Sydenham, enfermedad de Wilson) o uso de fármacos como estimulantes que podrían exacerbarlos.

4.1. SÍNDROME DE LA TOURETTE

Definición

Presencia de sacudidas musculares de tipo convulsión, gritos inarticulados y coprolalia. Por lo general no se observa deterioro mental.

Criterios diagnósticos DSM IV-TR (tabla 11)

Tabla 11. Síndrome de la Tourette

- A. Deben estar presentes al mismo tiempo múltiples tics motores y uno o más tics vocales, si bien no necesariamente concurrentes.
- B. Los tics deben producirse muchas veces al día (usualmente a rachas) casi todos los días o intermitentemente durante más de 1 año, durante el cual no debe haber un periodo libre de tics de más de tres meses consecutivos.
- C. El desorden se debe manifestar antes de los 18 años.
- D. El desorden no ha de ser debido a efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. estimulantes) o a una condición médica subyacente (p. ej. enfermedad de Huntington o encefalitis postviral).

Características clínicas:

- Inicio entre los 5 y 8 años.
- Al principio con tics de predominio motor localizados en cara, cabeza o extremidades superiores pero de forma leve y transitoria. Posteriormente va produciéndose una progresión rostrocaudal y los tics que inicialmente eran simples pueden hacerse más complejos.
- ➤ Los tics motores suelen preceder en 1 ó 2 años a los vocales. También al principio simples.
- ➤ La coprolalia que siempre se ha tenido como característica no suele aparecer hasta la adolescencia y sólo en un tercio de los casos.

- Los niños pueden no tener conciencia de los tics o pueden minimizar sus síntomas haciendo esfuerzos para camuflar la naturaleza de los mismos.
- ➡ Los tics disminuyen o desaparecen durante el sueño y se exacerbaban con el estrés, la excitación, la fatiga o la enfermedad.
- Tras la primera adolescencia, suelen disminuir o desaparecer los tics aunque pueden persistir síntomas comórbidos como las obsesiones, compulsiones, ansiedad o déficit atencional.

4.2. TRASTORNO DE TICS TRANSITORIO

Tabla 12. Criterios diagnósticos DSM IV-TR

- A.** Tics motores y/o vocales simples o múltiples (esto es, vocalizaciones o movimientos súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos y estereotipados).
- B.** Los tics aparecen varias veces al día, casi cada día durante por lo menos 4 semanas, pero no más de 12 meses consecutivos.
- C.** La alteración causa un notable malestar o un deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D.** El inicio es anterior a los 18 años de edad.
- E.** La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., estimulantes) ni a una enfermedad médica (p. ej., enfermedad de Huntington o encefalitis postviral).
- F.** Nunca se han cumplido criterios de trastorno de la Tourette ni de trastorno de tics crónicos motores o vocales.

Frecuente en edad prepuberal, afectando más a niños que a niñas. Suelen aparecer más en cara, cabeza, cuello. Tienen una evolución limitada y no suelen alterar el funcionamiento del niño.

4.3. TRASTORNO DE TICS MOTORES O VOCALES CRÓNICO

Tabla 13. Criterios diagnósticos DSM IV-TR

- A.** En algún momento a lo largo de la enfermedad ha habido tics vocales o motores simples o múltiples (esto es, vocalizaciones o movimientos súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos ni estereotipados), pero no ambos.
- B.** Los tics aparecen varias veces al día casi cada día o intermitentemente a lo largo de un período de más de 1 año, y durante este tiempo nunca hay un período libre de tics superior a 3 meses consecutivos.
- C.** La alteración causa un notable malestar o deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D.** El inicio es anterior a los 18 años de edad.
- E.** El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., estimulantes) ni a una enfermedad médica (p. ej., enfermedad de Huntington o encefalitis postviral).
- F.** Nunca se han satisfecho criterios del trastorno de la Tourette.

Más persistentes que los transitorios y de predominio motor. Suelen existir desde la niñez. En algunos casos incluso han llegado a cumplir criterios de síndrome de la Tourette con una reducción de los síntomas en la adolescencia tardía, quedando únicamente como proceso residual los tics motores o vocales crónicos.

Tratamiento

- Psicoterapia: no va a eliminar los tics, sin embargo su empleo puede ser útil para reducir el estrés y mejorar la baja autoestima con la que se enfrentan estos niños.
- ➡ Farmacoterapia (tabla 14).



Tabla 14. Farmacoterapia

Fármaco	Tipo de fármaco	Dosis inicial	Dosis diaria habitual (ml)	Amplitud dosis habitual (ml)	Eficacia terapéutica
Haloperidol	Neuroléptico	0,25	5,0	1,5-10,0	Alta
Pimocida	Neuroléptico	0,5-1,0	7,5	1,5-30,0	Alta
Penfluridol	Neuroléptico	10,0	40,0	20-140	Quizá alta
Flufenacina	Neuroléptico	0,25-0,5	7,0	2-15	Quizá alta
Clonacepam	Benzodiacepina	0,5	5,0	2-15	No demostrada
Clonidina	Antihipertensor	0,05	0,25	0,1-0,4	Incierta

RECOMENDACIONES CLAVE

Valorar los “síntomas” según edad evolutiva.

TOC infantil: Suele faltar conciencia absurda. Tener en cuenta PANDAS.

TDAH: Atención al diagnóstico diferencial con problemas de conducta y aprendizaje.

Trastornos del sueño: Corregir hábitos e higiene del sueño antes de otras medidas.

Trastornos de la alimentación y eliminación: descartar organicidad.

Trastornos psicosexuales: dudas diagnósticas y éticas. Tratar solo complicaciones.

5. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Wiener JM, Dulcan MK. Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Barcelona: Ed. Masson. 2006.

Ballesteros MC. Práctica clínica paidopsiquiátrica. Historia clínica. Guías clínicas. Barcelona: Ed. Adalia. 2006.

Brown TE. Trastorno por déficit de atención. Barcelona: Ed. Masson. 2006.

Toro J. Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. Psicopatología y tratamiento. Barcelona: Ed. Meeting & Congreso, S.L. 2001.

Bezchlibnyk-Butler KZ, Virani AS. Clinical Handbook of Psychotropic Drugs for Children and Adolescents. Kirkland: Ed. Hogrefe & Huber Publishers. 2007.

6. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Méndez FX. Terapia psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos. Madrid: Ed. Pirámide. 2006.

American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM IV-TR. Barcelona: Ed. Masson. 2000.

CIE 10. Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Madrid: Ed. Panamericana. 2001.

Echeburúa E, Corral P. Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. Madrid: Ed. Pirámide. 2009.

Mardomingo MJ. Psiquiatría del niño y adolescente. Métodos fundamentos y síndromes. Madrid: Ed. Diaz de Santos SA. 1994.



49. TRASTORNOS MENTALES EN LA INFANCIA COMUNES II



Autores: Rafael Manuel Gordillo Urbano y Pilar Zurita Gotor
Tutora: Teresa Guijarro Granados
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

CONCEPTOS ESENCIALES

Trastornos de ansiedad en la infancia.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y comportamiento perturbador.

Trastorno por tics.

Trastornos que afectan a funciones fisiológicas: alimentación, sueño y eliminación.

Trastornos psicosexuales.

Otros trastornos de inicio en infancia: Movimientos estereotipados, tartamudez, farfullero.

1. TRASTORNOS QUE AFECTAN A FUNCIONES FISIOLÓGICAS

1.1. TRASTORNOS DE LA INGESTA Y DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA INFANCIA

Se trata de alteraciones en la alimentación manifestadas por dificultad para comer adecuadamente en presencia de un cuidador competente y que no se justifican por enfermedad orgánica.

Clasificación (tabla 1)

Tabla 1. Clasificación

CIE 10	DSM IV-TR
Pica.	Pica.
T. Ingesta alimentaria en la infancia y la niñez.	T. Conducta alimentaria en infancia (incluye T. Rumiación).
T. Rumiación.	

1.1.1. Pica

Ingesta de sustancias no nutritivas como tierra, yeso, papel, tejidos o pintura de forma persistente y aparatosa. Suele asociarse a problemas conductuales u otros problemas médicos siendo raro que se solicite tratamiento como problema aislado.

Crterios diagnósticos DSM IV-TR (tabla 2)

Tabla 2. Pica

- A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas (al menos durante 1 mes).
- B. La ingestión de sustancias no nutritivas es inapropiada para el grado de desarrollo.
- C. La conducta alimentaria no forma parte de prácticas sancionadas culturalmente.
- D. Si la conducta alimentaria aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., retraso mental, trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia) es de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.



Epidemiología

- Síntoma aislado: 10 a un 20% de los niños americanos sin diferencia entre sexos.
- La incidencia disminuye con la edad.
- Es más frecuente en clases socioeconómicas bajas y en personas con retraso mental.
- La mayoría de niños con pica tienen madres o hermanos que también la presentan.

Etiología

- Probablemente multifactorial con interacción de factores constitucionales, evolutivos, emocionales, socioeconómicos y culturales.
- Las hipótesis psicoanalistas se han centrado en las alteraciones de la agresividad o la oralidad. Los trastornos del vínculo padres-hijos y la privación psicosocial pueden contribuir en algunos casos.
- En los individuos con retraso mental notable o profundo, se cree que los mecanismos primarios pueden ser autoestimulantes más que resultantes de su falta de juicio.
- En familias con pica hay más trastornos afectivos que en población general.

Curso y pronóstico

La pica empieza normalmente entre los 12 y 24 meses y desaparece a la edad de seis años. Sin embargo, el trastorno puede perdurar hasta la edad adulta, especialmente en caso de retraso mental.

➡ Las complicaciones de la pica son frecuentes y pueden llegar a ser graves. Como estreñimiento, mala absorción intestinal, anemias y envenenamientos ocasionales (especial atención al envenenamiento por plomo por ingesta de pinturas o yeso pintado).

Evaluación y diagnóstico diferencial

➡ El contacto oral con objetos y sustancias no nutritivas es normal en niños menores de 18 ó 24 meses de edad. Solo se sospechara pica si este comportamiento no se explica por la edad del niño y dura, al menos, 1 mes.

➡ La evaluación de niños con pica debe incluir al propio niño, sus padres, su hogar y el estado nutricio-

nal. Como a veces la conducta pasa desapercibida, debe sospecharse de pica ante niños o adultos con estreñimiento crónico, anemia persistente, impactación fecal o envenenamientos ocasionales.

Cuando se identifica a un niño con pica, se recomienda examinar también a sus hermanos y padres.

Tratamiento

Se recomienda: Abordaje psicoeducativo, psicosocial, terapia conductual, y tratamiento de las complicaciones si las hubiese.

Se carece de estudios longitudinales sobre la pica y su tratamiento.

1.1.2. Trastorno de rumiación

Según el DSM IV-TR el trastorno por rumiación se define como la regurgitación y la masticación repetida de alimento por un lactante o niño, tras un periodo de funcionamiento normal. Comienza después de los tres meses de edad. Tras la regurgitación el niño vuelve a tragar la comida o la escupe. El motivo de consulta suele ser una detención del crecimiento. Con frecuencia, se observan otras conductas de autoestimulación asociadas con el trastorno por rumiación, como succión del pulgar, de la ropa, golpes en la cabeza y balanceo del cuerpo, lo cual apoya la hipótesis de que la rumiación puede ser una forma de autoestimulación infantil.

Este trastorno es raro en niños mayores o adultos.

Criterios diagnósticos DSM IV-TR (tabla 3)

Epidemiología

La rumiación es un trastorno inusual. Parece ser más común entre lactantes de 3 meses a 1 año de edad y entre niños y adultos con retraso mental. Parece ser más frecuente en varones.

Etiología

Se han propuesto distintas causas para la rumiación, como desregulación del sistema nervioso autónomo, disfunción orgánica de difícil diagnóstico, problemas en la relación madre-hijo o conducta de autoestimulación (sobre todo en personas con RM).

Tabla 3. Rumiación

- A. Regurgitaciones y nuevas masticaciones repetidas de alimento durante un periodo de por lo menos 1 mes después de un periodo de funcionamiento normal.
- B. La conducta en cuestión no se debe a una enfermedad gastrointestinal ni a otra enfermedad médica asociada (p. ej. reflujo esofágico).
- C. La conducta no aparece en el trascurso de una anorexia nerviosa o de una bulimia nerviosa. Si los síntomas aparecen exclusivamente en el trascurso de un retraso mental o de un trastorno generalizado del desarrollo, son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

➔ Según Joseph Toro, el trastorno se debe a la interacción de tres factores de importancia variable según los casos: incapacidad individual para regular los estados internos de satisfacción, propensión física a regurgitar el alimento y asociación aprendida entre regurgitación y supresión del estado interno disfórico.

Curso y pronóstico

El trastorno por rumiación suele remitir espontáneamente. Pero a veces ocasiona complicaciones como deshidratación, desequilibrio electrolítico, escaso aumento de peso, dificultades en el desarrollo y desnutrición. Suele asociarse a retraso mental y trastornos profundos del desarrollo, y pueden ser su causa, su efecto o alteraciones concomitantes.

Evaluación y diagnóstico diferencial

La evaluación incluye examen del niño, los padres, valoración psicosocial, historia de la alimentación y estado nutricional observando relación padres-hijo durante la nutrición.

➔ Es obligada la exploración del funcionamiento gastrointestinal a través de las exploraciones pertinentes que permitan descartar disfunciones digestivas como el reflujo gastroesofágico, la hernia de hiato, la estenosis pilórica, otras anomalías congénitas e infecciones.

Normalmente, los niños con un trastorno por rumiación parecen disfrutar con la regurgitación, mientras

que los niños con trastornos gastrointestinales vomitan con incomodidad y sienten dolor.

Tratamiento

No hay tratamiento específico. Se ha utilizado el asesoramiento a padres, la medicación (antiespasmódicos y tranquilizantes) y diversas formas de terapia conductual que van desde procedimientos aversivos a abrazos cariñosos y el juego con el niño antes, durante y después del momento de la comida.

En casos resistentes, la hospitalización temporal puede ser útil ya que permite un ambiente alternativo de alimentación, la observación de la interacción y un periodo de relajación para los padres (que permite la reducción de la ansiedad).

1.1.3. Trastorno de la ingesta alimentaria en la infancia o la niñez

Se trata de un trastorno de la conducta alimentaria que induce a una alteración en el crecimiento y no es debido a causa orgánica, carencia de alimentos o negligencia del cuidador.

Criterios diagnósticos DSM IV-TR (tabla 4)

Tabla 4. Trastorno de la ingesta alimentaria

- A. Alteración de la alimentación manifestada por una incapacidad persistente para comer adecuadamente, con incapacidad significativa para aumentar de peso o con pérdidas significativas de peso durante por lo menos 1 mes.
- B. La alteración no se debe a una enfermedad gastrointestinal ni a otra enfermedad médica asociada (p. ej., reflujo esofágico).
- C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de rumiación) o por la no disponibilidad de alimentos.
- D. El inicio es anterior a los 6 años de edad.

➔ En los niños, el retraso en la ganancia de peso se ve acompañado de retrasos motores, sociales y lingüísticos así como problemas de relación con compañeros o educadores.



Suelen tener dietas muy restringidas o conductas peculiares a la hora de comer.

Epidemiología

No existen datos fiables.

Etiología

- Pueden estar implicadas tanto etiologías físicas como psicosociales, aunque la definición del trastorno excluye los casos que son claramente el resultado de problemas médicos u otros trastornos psiquiátricos.
- Se han postulado diferentes hipótesis que incluyen dificultades en la homeostasis fisiológica, en el vínculo con el cuidador, o respuestas traumáticas.
- Debe barajarse la sintomatología emocional, especialmente la afectiva, en estos casos. No hay que olvidar el círculo vicioso entre ambas entidades: la depresión conduce a la malnutrición a través de la reducción del apetito y la malnutrición da lugar a patología depresiva.

Curso y pronóstico

El curso de este trastorno depende del subtipo o de los mecanismos subyacentes. Puede ir de la remisión espontánea a la malnutrición.

La malnutrición mantenida a largo plazo junto a las carencias psicosociales, pueden dar lugar a alteraciones de la conducta, baja estatura y bajo CI.

La relación de este trastorno con otros trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia) aún no está clara, aunque se considera que un patrón anómalo de alimentación en la infancia puede ser factor predisponente o de mal pronóstico en otros trastornos alimentarios.

Evaluación y diagnóstico diferencial

La evaluación debe incluir la valoración del estado nutricional y las interacciones madre/padre-hijo en general y durante la alimentación en particular.

Buscar indicios de sintomatología afectiva mediante análisis de la conducta del niño, anamnesis dirigida

a padres o al propio niño o con otros métodos complementarios de exploración: dibujos, juegos.

El diagnóstico diferencial debe incluir:

- Trastornos en los que el niño come bien con adultos distintos de los que le cuidan.
- Enfermedad orgánica que justifique el rechazo a la comida.
- Anorexia nerviosa y otros trastornos alimentarios.
- Trastorno psiquiátrico mas amplio.
- Trastorno de la conducta alimentaria por malos tratos.

Tratamiento

Multidisciplinar. Abordar la interacción madre-hijo y la re-alimentación del niño, incluyendo sonda nasogástrica en casos de malnutrición grave.

A veces basta con asesorar a la madre pero otras hay que tratar su ansiedad o desánimo o el del niño. En ocasiones se hace necesaria la hospitalización para renutrir y/o tratar mediante los métodos descritos.

1.2. TRASTORNOS DEL SUEÑO

Organización y estructura del sueño (tabla 5)

Sueño REM ("movimientos oculares rápidos"). Existe una activación del SNC, pero los músculos se encuentran paralizados.

Sueño NREM ("reducción de movimientos oculares rápidos"): fases 1; 2; 3 y 4.

Tabla 5. Organización y estructura del sueño

Adultos	Recién nacidos
REM: 20% del total. NREM: 80% (fases 3 y 4: 20% de NREM).	REM: 50% del total. No existe fase 4 de NREM.
Duración ciclo: 90 minutos.	Duración ciclo: 50 minutos.
Inicio con fase 4 de NREM.	Inicio con periodo REM inicial.

Clasificación DSM IV-TR (tabla 6)

Los trastornos del sueño en lactantes, niños y adolescentes hay que estudiarlos desde una perspectiva evolutiva. Generalmente las alteraciones de corta evolución y apropiadas a la edad evolutiva suelen ser leves y los trastornos que aparecen de forma temprana y persisten mas allá de lo habitual según etapa evolutiva suelen ser mas graves.

Clínica

■ Trastornos del sueño en lactantes y menores de 2 años:

- Despertar nocturno. Durante los primeros 2-3 meses de vida el niño duerme de 16 a 20 horas con 5 ó 6 periodos de vigilia/sueño (duerme 3-4 horas separados por periodos breves en los que está despierto). Hacia los 4 meses los periodos se alargan durante la noche y se acortan durante el día. De los 6 a los 24 meses progresivamente se consigue mantener el sueño casi toda la noche y dormir solo siestas durante el día, es decir, se va adaptando al ritmo circadiano. Pero esto es variable de un niño a otro y, salvo distorsiones graves, hay que respetar su ritmo. Los despertares nocturnos, normales al inicio, pueden convertirse en un trastorno por malos hábitos, como sobreestimulación, acunamiento excesivo, ansiedad de los padres... Generalmente se resuelven con asesoramiento a padres.

- Resistencia en irse a la cama y separarse de los padres: durante el segundo año de vida los niños pueden resistirse a irse a la cama para no separarse de los padres y desarrollan "rutinas" a la hora de acostarse, de forma que la transición sea más fácil. Se aconseja fomentar que el niño se acueste solo, mantener horarios fijos, observar si existe miedo a la oscuridad y en este caso dejar un pequeño foco de luz encendida.

■ Trastornos del sueño en niños en edad preescolar (3-5 años):

- Resistencia en irse a la cama. En esta edad es mas frecuente que se produzca por sobreestimulación diurna por lo que habría que realizar actividades que serenasen al niño antes de acostarse. También puede ser debido a temor a la oscuridad lo que podría reflejar vínculos inseguros. A veces influyen los propios temores de los progenitores y, por supuesto, horarios muy laxos. En general se debe estudiar el problema y asesorar a padres.
- Pesadillas: sueño de contenido angustioso que se da durante REM. El niño puede despertarse y recuerda al día siguiente las pesadillas. Suelen ser transitorias y no alterar de forma importante el funcionamiento familiar. En caso de que no sea así, deben evaluarse posibles fuentes de ansiedad así como fomentar regularidad en hábitos del sueño.

Tabla 6. Clasificación

Trastornos primarios	DISOMNIAS: Trastorno de la cantidad, calidad y horario del sueño. <ul style="list-style-type: none"> – Insomnio. – Hipersomnia. – Trastornos por alteración ritmo circadiano.
	PARASOMNIAS: Acontecimientos o conductas anormales asociadas al sueño, a sus funciones específicas o a los momentos de transición sueño-vigilia: <ul style="list-style-type: none"> – Parasomnias REM. – Parasomnias NREM.
Trastornos del sueño en relación con enfermedad mental	
Trastornos del sueño debidos a enfermedad médica	
Trastornos del sueño inducidos por sustancias	



- Somnolencia excesiva. Infrecuente. Hay que descartar apnea del sueño: si el niño ronca y tiene sueño durante el día se debe realizar un estudio polisomnográfico. La causa más frecuente de apnea del sueño en niños es hipertrofia de las amígdalas o adenoides y el tratamiento es quirúrgico. De persistir puede dar lugar a alteraciones del crecimiento o cuadros de hiperactividad.

Importante diferenciar la somnolencia excesiva secundaria a lesiones cerebrales. Suele ser reciente y cursar de forma continua y no en ataques.

■ Trastornos del sueño en niños en edad escolar (6-13 años)

- Parasomnias en NREM: episodios de actividad sin vigilia, que interrumpen el sueño. Se dan justo antes de la transición a REM, a los 90-120 minutos de iniciado el sueño. Existe amnesia posterior del episodio (D/D con pesadillas):

a) Terrores nocturnos: el niño despierta súbitamente, con gritos y movimientos.

El niño no está despierto pero sí muy agitado y con dificultad para calmarlo. El episodio dura 3-5 minutos, aunque ocasionalmente dura 30 minutos. Rápidamente el niño vuelve al sueño tranquilo y no recuerda nada al día siguiente. La amnesia posterior y la estimulación del SN autónomo los diferencian de las pesadillas. Es más frecuente en varones.

b) Sonambulismos: episodios repetidos de conductas motoras en pleno sueño, como levantarse de la cama, deambular. Acontecen a los 90-120 minutos de iniciado el sueño y no se recuerdan al día siguiente. Los niños sonámbulos muestran coordinación escasa y corren peligro de lesionarse, por lo que hay que aconsejar normas de protección contra accidentes.

c) Somniloquios. Suelen ser episodios breves en los que el niño habla de forma no inteligible o emite sonidos como llanto. Suelen ser autolimitados. No requieren intervención.

- Parasomnias en REM: muy infrecuentes. Parecen en relación con tumores o malformaciones vasculares.

■ Trastornos del sueño en adolescentes (pubertad/18 años)

- Trastorno por somnolencia excesiva: narcolepsia; ataques irresistibles de sueño REM que aparecen de manera inusitada durante la vigilia y se acompañan de uno o más de los siguientes síntomas: cataplejía (pérdida súbita del tono muscular), alucinaciones hipnagógicas (representaciones mentales vívidas similares a las del inicio del sueño) y parálisis sueño (Inmovilidad de los miembros cuando comienza el sueño). Ocurre durante REM. Su duración es breve (unos minutos) y se siguen de recuperación completa. La prevalencia es de 0,04-0,07%. El diagnóstico debe hacerse mediante registro polisomnográfico. El tratamiento consiste en siestas de 20-40 minutos cada ciclo de 2-3 horas, estimulantes para somnolencia; antidepresivos tricíclicos para cataplejía.
- Trastorno del sueño por alteración del ritmo circadiano: patrón persistente de alteración del sueño con aparición de somnolencia excesiva o insomnio, a causa de un desequilibrio entre el horario sueño-vigilia.

↑ Insomnio


El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente en niños y adolescentes. Puede darse en cualquiera de las edades anteriormente señaladas. Puede ser de conciliación, de mantenimiento o despertar precoz. En lactantes y niños pequeños como despertares frecuentes, asociado a miedos diversos o secundario a trastornos mentales o enfermedades orgánicas. Cuanto más pequeño sea el niño y/o más grave sea el insomnio, más importante es descartar organicidad. En escolares y/o adolescentes puede deberse a malos hábitos en higiene del sueño, al estrés o ser síntoma de otro trastorno psiquiátrico. Aunque puede aparecer en cualquiera de ellos, es muy frecuente en trastornos de ansiedad, depresivos o psicóticos y, a veces, es el síntoma que nos alerta de su presencia.

➡ Etiología

- Hábitos incorrectos: causa más frecuente de insomnio infantil.
- Factores psicológicos: alteraciones del vínculo, estrés, ansiedad.

- Trastornos psiquiátricos: la alteración del sueño puede ser un síntoma de muchas enfermedades psiquiátricas: depresión, ansiedad, autismo, psicosis.
- Uso de estimulantes del SNC.
- Enfermedades que afecten a SNC.

Tratamiento de los trastornos del sueño en niños

-  No farmacológico principalmente.
- Uso de técnicas conductuales: educación de los progenitores, educación en higiene del sueño; extinción; extinción gradual; despertares programados; rutinas del momento de acostarse.
- Si uso de fármacos:
 - Antihistamínicos: clorhidrato de difenhidramina, lo más usado en niños (dosis de 12,5-25 mg, si 2-6 años; dosis de 25-50 mg si de 6 a 12 años).
 - Los antidepresivos tricíclicos se han usado (aunque sólo hay 2 estudios sobre la imipramina, y la dosis hipnótica se desconoce).
 - Trazodona: parece que mejora el insomnio de conciliación en dosis de 25-50 mg.
 - Clonazepam: 0,25-0,5 mg: se ha usado en parasomnias.
 - Antiepilépticos: carbamazepina u oxcarbamazepina en caso de terrores nocturnos y pesadillas con alteraciones en EEG (disritmias). Dosis 3 veces inferior a la terapéutica.
 - Melatonina: resultados prometedores en los trastornos del sueño en niños con lesiones cerebrales y sin ellas.

1.3. TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN: ENURESIS Y ENCOPRESIS

1.3.1. Enuresis

Criterios diagnósticos DSM IV-TR (tabla 7)

Tipos

- Primaria: nunca se consiguió el control.
- Secundaria: se consiguió control al menos durante 6 meses.
- Nocturna: es la mas frecuente.

Tabla 7. Enuresis

- A. Emisión repetida de orina en la cama o en la ropa (sea involuntaria o intencionada).
- B. El comportamiento es clínicamente significativo y se manifiesta por una frecuencia de 2 episodios semanales durante por lo menos 3 meses consecutivos, o por la existencia de dificultades clínicamente significativas o problemas en las áreas social y académica (laborales) o bien en otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. La edad cronológica es de al menos 5 años (o el grado de desarrollo equivalente).
- E. El comportamiento no se debe exclusivamente al efecto fisiológico directo de una sustancia (p. ej., un diurético) o de una enfermedad médica general (p. ej., diabetes, espina bífida, trastorno convulsivo).

- Diurna: se da con más frecuencia en menores de 5 años.
- Mixta: nocturna y diurna.

Epidemiología

- Proporción niños/niñas con 6 años: 1:1, a los 11 años 2/1.
- Importancia de antecedentes familiares: un progenitor enurético: 44% de probabilidades; 2 progenitores enuréticos: 77% de probabilidades.

Etiología

- Enuresis primaria: retraso madurativo con múltiples factores contribuyentes:
 - Factores genéticos.
 - Desaparición de las variaciones diurnas fisiológicas de la hormona antidiurética.
 - Alteración del tamaño, función, o anatomía vesical.
- Enuresis secundaria: probable manifestación de estrés.

Pronóstico

Bueno (autolimitado).



Peor si hay problemas coexistentes o complicaciones emocionales secundarias importantes.

Diagnóstico diferencial

Con causas físicas: diabetes mellitus, diabetes insípida, aumento de ingesta hídrica, ITU, trastorno convulsivo, Insuficiencia renal, problemas neurológicos, alteraciones anatómicas.

↑ La enuresis primaria diurna y/o mixta es la que más se asocia a organicidad.

Tratamiento

- Es enfermedad autolimitada y benigna: tranquilizar, apoyo.
- Lo primero: período de observación, con seguimiento de síntomas, refuerzo. Normas básicas: restricción hídrica al final del día, orinar antes de dormir...
- El tratamiento más eficaz: alarma (dispositivo de condicionamiento, se dispara al realizar micción). Resultados (+) en 60-80%; a veces se requiere 2º ciclo.
- Técnicas de entrenamiento en cama seca: refuerzo (+) por inhibición de la micción; entrenamiento en control de la retención; despertar nocturno del niño; entrenamiento en tareas de limpieza de lo ensuciado y técnicas de aversión a las consecuencias.
- Fármacos: cuando es necesario alivio sintomático rápido y a corto plazo, los síntomas originan conductas desadaptadas o fracasan otras técnicas:
 - Antidepresivos tricíclicos: imipramina (25-75 mg/d). Remisión total sólo en 30%, con recidivas al interrumpir.
 - Desmopresina (análogo de hormona antidiurética vasopresina): ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la enuresis, siendo el fármaco más utilizado en este trastorno. Dosis 200-400 µg vía oral. También presenta importantes tasas de recidiva al interrumpir tratamiento.

1.3.2. Encopresis

Criterios diagnósticos DSM IV-TR (tabla 8)

Tabla 8. Encopresis

- A. Emisión repetida de heces, involuntaria o intencionada, en lugares inapropiados (p. ej., sobre la propia ropa o en el suelo), tanto de manera involuntaria como intencionada.
- B. Al menos un episodio mensual durante al menos 3 meses.
- C. La edad cronológica es de al menos 4 años (o el grado de desarrollo equivalente).
- D. El comportamiento no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., laxantes) ni a una enfermedad médica general, excepto a través de un mecanismo que implique estreñimiento.

Tipos

- Primaria: nunca hubo control esfínter anal.
- Secundaria: hubo continencia fecal previa durante al menos 1 año.

Lo más frecuente es la encopresis con estreñimiento y con incontinencia por rebosamiento (85-95%).

La mayoría de niños con encopresis funcional parecen no tener problemas importantes del comportamiento aunque sí pueden presentar baja autoestima.

Epidemiología

Lo presentan entre 1,5-7,5% de niños en edad escolar.

La encopresis primaria parece más frecuente en clases socioeconómicas bajas, es 3-4 veces más frecuente en varones.

Etiología

Parece que existen distintas combinaciones de factores madurativos y psicosociales.

- En un 75% de los casos: anismo (incapacidad de relajación del esfínter anal externo durante defecación).
- Estreñimiento crónico (fisura anal, evitación baño de forma fóbica...).

- Factores psicodinámicos: padres rígidos y perfeccionistas, técnicas de entrenamiento coercitivas...

Pronóstico

- Disminución progresiva con la edad.
- Máximo: 6 años en varones; 8 años en niñas (desaparición casi completa a los 16 años en ambos).

➔ Peor pronóstico si: pérdida nocturna de heces, actitud indiferente o despreocupada del niño, problemas de comportamiento asociados o la encopresis como expresión de agresividad.

Diagnóstico diferencial

➔ Con causas orgánicas: megacolon agangliónico; enfermedad de Crohn o síndrome del intestino irritable, uso de laxantes...

Tratamiento

- Evaluación detallada. Educación sobre el problema. Eliminación de la retención fecal en el intestino (con laxantes, enemas, modificación de la dieta...). Entrenamiento del niño en el control intestinal (sentarlo 10 minutos a los 20 minutos de acabada la comida).
- Refuerzo positivo.
- Consecuencias aversivas (ducha, lavar ropa...).
- Fármacos: en la encopresis sin características de retención pueden usarse la imipramina, amitriptilina...
- Si en la familia existe una psicopatología comórbida importante: intervención psicoterapéutica apropiada.

2. IDENTIDAD SEXUAL Y TRASTORNOS PSICOSEXUALES

El DSM IV-TR propone los siguientes tipos durante la infancia y adolescencia:

- Trastorno de la identidad sexual.
- Trastorno de la identidad sexual no especificado.
- Fetichismo transvestista.

- Trastorno sexual no especificado.

Durante la infancia sólo se dan los dos primeros aunque en la adolescencia pueden darse todos.

2.1. TRASTORNO DE LA IDENTIDAD SEXUAL (TIS)

Criterios diagnósticos DSM IV-TR (tabla 9)

2.2. TRASTORNO DE LA IDENTIDAD SEXUAL NO ESPECIFICADO

Incluye:

- Enfermedades intersexuales.
- Comportamiento transvestista transitorio.
- Preocupación persistente por la castración o la penectomía sin deseo de adquirir las características sexuales del otro sexo.

2.3. FETICHISMO TRANSVESTISTA

Criterios diagnósticos DSM IV-TR (tabla 10)

Tabla 10. Fetichismo transvestista

- A. Durante un periodo de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y muy excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el acto de transvertirse, en un hombre heterosexual.
- B. Las fantasías, los impulsos sexuales y los comportamientos provocan malestar clínicamente importante o bien deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- Especificar si:
Con disforia sexual: si el individuo experimenta malestar persistente en su rol o identidad sexuales.

2.4. TRASTORNO SEXUAL NO ESPECIFICADO

Incluye los trastornos sexuales que no cumplen criterios de un trastorno sexual específico y que no constituyen una disfunción sexual o una parafilia. (p. ej., sensación intensa de inadecuación respecto a la actitud sexual, malestar profundo y persistente respecto a la orientación sexual o malestar debido a



Tabla 9. Trastorno de la identidad sexual

A. Identificación acusada y persistente con el otro sexo, que se manifiesta por 4 ó mas de los siguientes rasgos:

- 1) Deseos repetidos de ser, o insistencia en que uno es del otro sexo.
- 2) En los niños, preferencia por el transvestismo o por simular vestimenta femenina; en las niñas, insistencia en utilizar únicamente ropa masculina.
- 3) Preferencias acusadas y persistentes por el papel del otro sexo, o bien fantasías relativas a la pertinencia al sexo contrario.
- 4) Deseo intenso de participar en los juegos y los pasatiempos propios del otro sexo.
- 5) Preferencias acusadas por los compañeros del otro sexo.

B. Malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación respecto al rol sexual del propio sexo.

En los niños, la alteración se manifiesta por cualquiera de los rasgos siguientes: en los niños del sexo masculino, sentimientos de que el pene o los testículos son horribles o que van a desaparecer, de que sería mejor no tener pene, o aversión a los juegos violentos y rechazo de los juguetes, juegos y actividades propias de los niños de su sexo. En las niñas, rechazo a orinar en posición sentada, deseos de poseer o de llegar a tener pene en el futuro, de no querer tener pechos ni regla, o bien aversión acentuada hacia ropa femenina.

En los adolescentes y los ad alteración se manifiesta por síntomas como preocupación por eliminar los caracteres sexuales primarios y secundarios (p. ej., solicitar tratamiento hormonal, quirúrgico u otros procedimientos para modificar físicamente los rasgos sexuales y, de esta manera, parecerse al otro sexo) o de creer que se ha nacido con el sexo equivocado.

C. La alteración no coexiste con una enfermedad intersexual.

D. La alteración provoca malestar clínicamente importante o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Codificar según la edad:

302.6 Trastorno de la identidad sexual en niños.

302.85 Trastorno de la identidad sexual en adolescentes o adultos.

Especificar si (en individuos sexualmente maduros):

Con atracción sexual solo por los hombres.

Con atracción sexual por las mujeres.

Con atracción sexual por ambos sexos.

Sin atracción sexual por ninguno de los sexos.

un patrón de relaciones sexuales repetidas caracterizadas por sucesiones de amantes que constituyen solamente objetos para ser utilizados).

Trastornos psicosexuales en niños

Durante la infancia solo se dan los TIS.

La edad de inicio del suele ser precoz, generalmente en etapa preescolar.

Suelen acompañarse de diferentes trastornos psicopatológicos como trastornos de conducta, aislamiento social, baja autoestima, ansiedad de separación y depresión.

Epidemiología

No existen datos fiables de su incidencia o prevalencia. Estudios retrospectivos indican que el TIS fue un comportamiento infantil más frecuente en hombres y mujeres homosexuales que en heterosexuales.

Etiología

- Mecanismos biológicos:
 - Hormonas sexuales antes del nacimiento: no hay pruebas concluyentes pero diferentes estudios sugieren que pequeñas variaciones en el ambiente hormonal prenatal que no influyan en la diferenciación genital podrían explicar en parte las diferencias en la expresión del comportamiento sexual.
 - Aspecto físico: algún estudio sugiere que los TIS masculinos son descritos por sus madres como muy guapos y esto podría estimular los deseos conscientes e inconscientes de la madre para feminizarle.
 - Peso RN: los niños con TIS tiene peso RN similar a niñas y las niñas TIS, peso RN similar a niños, lo que podría explicarse por el papel de los andrógenos en el peso.
- Mecanismos psicosociales:
 - Refuerzo de la conducta por parte de los padres.
 - Preferencias de los padres por el sexo de los hijos o valoraciones dispares de los roles.
 - Relaciones madre hijo y padre hijo: TIS en niños: relación estrecha con madre y distante con padre. TIS en niñas: relación madre hija conflictiva y poco estrecha y admiración por padre. (No estudios concluyentes).
 - Psicopatología general de los padres: tienen más alteraciones psicopatológicas que los padres de niños sin TIS.

Trastornos psicosexuales en adolescentes

Pueden darse los 4 tipos anteriormente descritos, mostrándose de diferentes formas:

- TIS que persisten desde la infancia: evaluar la fijeza del deseo de cambio de sexo útil para implicaciones terapéuticas.

- TISNE que persisten desde la infancia, pero sin verbalizaciones de deseos de cambio de sexo aunque con malestar por pertenencia al mismo. Suelen conllevar ostracismo social.
- Comportamientos u orientación homosexual: muchos de estos adolescentes tienen antecedentes de TIS.
- Transvestismo asociado a excitación sexual (fetichismo transvestista): exclusivo de los adolescentes del sexo masculino. La orientación predominante es heterosexual.

Tratamiento

➤ Suscita múltiples cuestiones éticas y se estima que sólo deben tratarse los conflictos asociados al propio trastorno con independencia de la identidad u orientación sexual final: disminución de la disforia de género, ostracismo social y posibles complicaciones psiquiátricas como trastornos de ansiedad o del humor. En niños se suele utilizar tratamiento psicosocial, Terapia individual y orientación a padres. En adolescentes podemos optar por tratar la disforia de género o las complicaciones derivadas por el trastorno, o iniciar, de forma temprana, tratamiento hormonal (no recomendable).

3. OTROS TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA

3.1. TRASTORNO DE ESTEROTIPIAS MOTRICES

Presencia de movimientos voluntarios repetitivos, estereotipados, sin función concreta, generalmente rítmicos y que no se deben a otro trastorno mental o neurológico.

Tipos:

- No agresivos: balanceo cuerpo, cabeza; movimientos amanerados con manos o dedos.
- Autoagresivos: cabezazos, bofetadas, morderse partes cuerpo, generalmente manos y labios.

Inicio de los 6 a 12 meses pero en el 80% de los casos desaparecen hacia los 4 años. Suelen acompañarse de retraso mental.



Deben diferenciarse de otros movimientos anormales involuntarios, trastornos de la motilidad de origen orgánico, onicofagia y succión del pulgar, trastornos obsesivos, tics, tricotilomanía y estereotipias que forman parte de otro trastorno psiquiátrico más amplio como el trastorno generalizado del desarrollo.

Tratamiento: suele ser un trastorno autolimitado. Si persiste se usan técnicas conductuales (sobre-corrección) y/o intervenciones tendentes a reducir ansiedad.

3.2. TARTAMUDEO

Trastorno del habla caracterizado por la frecuente repetición o prolongación de sonidos, sílabas o palabras o por pausas que interrumpen el flujo rítmico del habla. Puede ser tónico, con bloqueo, o clónico, con repetición explosiva de la primera sílaba.

Suele acompañarse de tics o muecas faciales.

➔ Debe hacerse diagnóstico diferencial con disritmias menores que son frecuentes en la infancia pero no afectan de manera importante al lenguaje.

En la etiopatogenia intervienen factores hereditarios, emocionales y de lateralidad.

Requiere reeducación ortofónica y reducción de la ansiedad concomitante.

3.3. FARFULLEO

Ritmo rápido del habla con interrupciones en la fluidez, pero sin repeticiones ni interrupciones, que da lugar a dificultad en comprensión del habla. Habla errática y disrítmica, con súbitos brotes espasmódicos.

Generalmente no solicitan tratamiento y, a veces, mejoran con ajustes a la reacción del entorno. Si no es así, el tratamiento es similar al de la tartamudez.

RECOMENDACIONES CLAVE

Valorar los “síntomas” según edad evolutiva.

TOC infantil: Suele faltar conciencia absurda. Tener en cuenta PANDAS.

TDAH: Atención al diagnóstico diferencial con problemas de conducta y aprendizaje.

Trastornos del sueño: Corregir hábitos e higiene del sueño antes de otras medidas.

Trastornos de la alimentación y eliminación: descartar organicidad.

Trastornos psicosexuales: dudas diagnósticas y éticas. Tratar solo complicaciones.

4. BIBLIOGRAFIA BÁSICA

Wiener JM, Dulcan MK. Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Barcelona: Ed. Masson. 2006.

Ballesteros MC. Práctica clínica paidopsiquiátrica. Historia clínica. Guías clínicas. Barcelona: Ed. Adalia. 2006.

Brown TE. Trastorno por déficit de atención. Barcelona: Ed. Masson. 2006.

Toro J. Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. Psicopatología y tratamiento. Barcelona: Ed. Meeting & Congreso, S.L. 2001.

Bezchlibnyk-Butler KZ, Virani AS. Clinical Handbook of Psychotropic Drugs for Children and Adolescents. Kirkland: Ed. Hogrefe & Huber Publishers. 2007.

5. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Méndez FX. Terapia psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos. Madrid: Ed. Pirámide. 2006.

American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM IV-TR. Barcelona: Ed. Masson. 2000.

CIE 10. Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Madrid: Ed. Panamericana. 2001.

Echeburúa E, Corral P. Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. Madrid: Ed. Pirámide. 2009.

Mardomingo MJ. Psiquiatría del niño y adolescente. Métodos fundamentos y síndromes. Madrid: Ed. Diaz de Santos SA. 1994.





50. TRASTORNOS MENTALES GRAVES DEL NIÑO



Autora: Sonia Villero Luque
Tutora: Dolores M^a Moreno Pardillo
Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid

CONCEPTOS ESENCIALES

Entre un 10 y un 15% de los niños y adolescentes en los países desarrollados están afectados por un trastorno psiquiátrico significativo, que puede tener un enorme impacto en la vida de los pacientes y sus familias.

En la evaluación psiquiátrica de niños y adolescentes es imprescindible tener en cuenta los hitos del desarrollo del niño ya que las alteraciones psiquiátricas a menudo surgen como fracaso en la adquisición de los mismos.

El diagnóstico debe ser multiaxial considerando la contribución de múltiples factores que afectan al niño.

Estos trastornos requieren intervenciones multi-modales para atender los síntomas, posibles comorbilidades, las implicaciones psicológicas, sociales y del desarrollo.

1. INTRODUCCIÓN

Entre un 10 y un 15% de los niños y adolescentes en los países desarrollados están afectados por un trastorno psiquiátrico significativo, aunque los datos epidemiológicos son muy limitados. La prevalencia parece haber aumentado en las últimas décadas, lo que podría explicarse por factores psicosociales y biológicos que favorecen un adelantamiento en la edad de inicio de diversos trastornos. Estos trastornos pueden tener un enorme impacto en las vidas de los pacientes y sus familias. Su reconocimiento, manejo y tratamiento están dificultados por la alta variabilidad en la presentación e interpretación de los síntomas, las dificultades diagnósticas (los actuales sistemas clasificatorios aplican directamente los criterios de adultos), la escasez de recursos, las limitaciones en la investigación (por ejemplo con psicofármacos), las influencias ambientales, y las actitudes sociales actuales, entre otros factores. En

la evaluación psiquiátrica de niños y adolescentes es imprescindible tener en cuenta los hitos del desarrollo del niño ya que las alteraciones psiquiátricas a menudo surgen como fracaso en la adquisición de los mismos. Por tanto, en el diagnóstico de patología mental infanto juvenil es importante tener en cuenta: a) los criterios fundamentales para el diagnóstico; b) los aspectos del desarrollo que influyen en los síntomas; c) los niños son especialmente vulnerables a las influencias de factores de estrés social intenso; d) el diagnóstico debe ser jerarquizado para evitar múltiples comorbilidades y favorecer un adecuado abordaje terapéutico; e) el diagnóstico debe ser multiaxial considerando la contribución de múltiples factores que afectan al niño, entre ellos el crecimiento biológico. La mayoría de estos trastornos requieren intervenciones multi-modales para atender los síntomas, las posibles comorbilidades, las implicaciones psicológicas, sociales y del desarrollo.



2. TRASTORNOS AFECTIVOS

2.1. DEPRESIÓN

Los trastornos depresivos en niños y adolescentes son un grupo heterogéneo de trastornos que se diagnostican cada vez con más frecuencia y con importantes diferencias en relación con la patología adulta.

2.1.1. Incidencia

Los trastornos depresivos aumentan con la edad. La incidencia acumulada de trastornos depresivos a los 18 años es del 20%. Las tasas según edad serían: hasta el 0,3% en preescolares; del 1 al 2 % en niños (ratio por sexos 1:1); del 5 a más del 15 % en adolescentes (ratio 2 chicas: 1 chico). En niños es más frecuente el trastorno distímico que la depresión mayor (en torno al 2,5%); ocurre lo contrario en adolescentes.

2.1.2. Factores de riesgo

- a) Factores biológicos: antecedentes familiares psiquiátricos (tener padres con trastornos afectivos aumentan el riesgo hasta tres veces); antecedentes personales como episodios depresivos previos o enfermedades médicas.
- b) Factores psicosociales: como el abuso infantil.

2.1.3. Comorbilidad

Si se realiza un diagnóstico categorial, se describe hasta un 40% de comorbilidad en niños (ansiedad de separación y TDAH) y adolescentes (trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, TDAH, trastorno de conducta, y abuso de sustancias). Es importante apelar por un diagnóstico jerarquizado para un mejor abordaje terapéutico.

2.1.4. Presentación y síntomas

Los síntomas más o menos comunes a todos los grupos de edad son el estado de ánimo depresivo o irritable, la ideación suicida, el insomnio y la disminución de la capacidad de concentración. Hay que entender la depresión como una tristeza patológica: excesiva en intensidad y en duración, y que no se puede entender por el contexto social en que aparece y que incapacita al niño para desarrollar las

tareas habituales. La ideación suicida puede ser más o menos estructurada y acompañarse o no de planes específicos. Los síntomas varían con la edad y con el subtipo clínico.

- Síntomas según edad de presentación y especificidades del desarrollo (tabla 1)
- Síntomas según subtipo clínico
 - Distimia: los cambios del humor son persistentes pero menos intensos que los del trastorno depresivo mayor (aunque se pone en duda si se trata del mismo trastorno). Se requiere para su diagnóstico la persistencia de irritabilidad o humor depresivo durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días en el último año. Es frecuente que los niños que la han padecido tengan posteriormente trastorno depresivo mayor, estableciéndose, en tal caso, el diagnóstico de “doble depresión”.
 - Depresión psicótica: va asociada a alucinaciones o ideas delirantes congruentes o no con el humor. Los síntomas psicóticos pueden aparecer hasta en el 30% de los episodios depresivos mayores. Los niños manifiestan más alucinaciones que los adolescentes. Esta forma clínica se asocia a mayor gravedad, morbilidad y peor respuesta a monoterapia antidepressiva.
 - Depresión atípica: es una forma clínica poco estudiada en niños, ya que es más frecuente en la adolescencia. Cursa con aumento de la letargia, hipersomnia, y exceso de la apetencia por hidratos de carbono.
 - Trastorno afectivo estacional: se solapa con el calendario escolar. En general se inicia en la adolescencia en regiones con clara diferenciación estacional. Es similar a la depresión atípica, pero con un curso más “episódico”.
 - Depresión resistente: aquel estado depresivo que no mejora a pesar de 2 ensayos terapéuticos bien realizados y con dos tipos diferentes de antidepressivos.

2.1.5. Curso de la enfermedad

Variable según individuos. Del 20 al 40% desarrollan trastorno bipolar. La probabilidad de recurrencia (emergencia de los síntomas después de un periodo

Tabla 1. Síntomas de los trastornos afectivos según edad de presentación

NIÑOS	ADOLESCENTES	ADULTOS
+++Ánimo bajo e irritabilidad.		
+++Baja autoestima.	++	
+++Irritabilidad episódica y rabietas.	++Irritabilidad, rabia.	+
++Disminución del rendimiento escolar.		++Disminución rendimiento laboral.
+++Síntomas de ansiedad (fobias, ansiedad de separación).	++Ansiedad.	+
+	+++Retardo psicomotor.	++
+	+++Anhedonia y desesperanza.	
+++Quejas somáticas.	++Somatizaciones.	
+++Alucinaciones auditivas congruentes.	+++Delirios.	++
+++Aislamiento social.		
++Alteración control de esfínteres.	+++Cambios sueño y apetito.	++Síntomas neurovegetativos.
+	Pensamientos y actos suicidas (más del 32% tentativa suicida; del 2,5 al 7% muerte por suicidio).	++
+	Abuso de sustancias.	
+	+++Comportamiento antisocial.	++
+++Muy frecuente.	++Frecuente.	+Menos frecuente.

de 2 meses de ausencia completa de ellos) es de alrededor de 20%-60% de los pacientes al año de la remisión y hasta el 70% en 5 años, y más frecuente en pacientes con un comienzo muy precoz, más episodios previos, cuadros muy severos, síntomas psicóticos, distimia u otras comorbilidades y que no cumplen con el plan terapéutico.

2.1.6. Diagnóstico

Los criterios diagnósticos de depresión no están bien establecidos en niños. La DSM IV y la CIE-10 requieren para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor la presencia de síntomas depresivos durante al menos dos semanas con deterioro funcional. La información será proporcionada por el paciente y por su familiar. Se pueden complementar con escalas generales de valoración CDI (Children Depression Inventory) y BDI (Beck Depression Inventory).

2.1.7. Diagnóstico diferencial

Se ha de hacer con los trastornos de adaptación (se resuelven en los tres meses tras el acontecimiento estresante). Los síntomas se solapan con los trastornos de ansiedad, TDAH, trastornos por conductas perturbadoras, trastornos del aprendizaje, abuso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria y alteraciones de la personalidad.

2.1.8. Consecuencias de la depresión

Está asociada a alto riesgo de suicidio y a sufrir trastornos depresivos de adulto. Puede afectar las habilidades sociales y cognitivas correspondientes a cada etapa del desarrollo y dar lugar a disfunción social y académica, abuso de tóxicos y embarazo precoz. Un episodio depresivo en la infancia puede representar un estadio temprano de un trastorno bipolar.



↑ 2.1.9. Tratamiento

Se recomienda un abordaje multimodal individualizado incluyendo psicoeducación, psicoterapia y farmacoterapia, e intervenciones psicosociales, según edad del niño o adolescente y gravedad del cuadro clínico en cada caso. Las psicoterapias que han demostrado eficacia en ensayos clínicos son la terapia interpersonal y la cognitivo conductual. En casos moderados y graves se valorará riesgo beneficio de la instauración del tratamiento con antidepresivos, considerando especialmente aquellos casos en que la depresión pueda constituir una manifestación temprana de un trastorno bipolar por el riesgo a viraje (pacientes con antecedentes familiares de trastorno bipolar y con clínica depresiva mayor con psicosis, hipersomnia y retraso psicomotor). Los antidepresivos tricíclicos son poco útiles en el tratamiento de trastornos depresivos en niños y adolescentes. Existen importantes controversias en el tratamiento farmacológico de la depresión en niños. Una de ellas es la alta tasa de efecto placebo en niños (hasta el 50%), que hace difícil detectar un efecto terapéutico con psicofármacos. Otra es la de la posible asociación entre el tratamiento con ISRS y el aumento del riesgo suicida en niños y adolescentes. Hay que señalar que una revisión de ensayos clínicos publicados y no publicados con ISRS en depresión en niños y adolescentes (2006, Rey) con 400 pacientes, concluyó que todos los reportes se trataban de ideación, no habiéndose recogido ningún caso de acto o tentativa suicida. Usualmente se utiliza la fluoxetina, dado que tiene indicación oficial y porque en ensayos clínicos es el ISRS con menores tasas de ideación suicida. En cuanto a las dosis, aunque suelen recomendarse dosis bajas, esta práctica es dudosa, dado que en general los niños suelen tener unas tasas de metabolismo aumentadas. El tratamiento no debe suspenderse de forma brusca y hay que ser cautos con las posibles interacciones.

2.2. TRASTORNO BIPOLAR

2.2.1. Incidencia

➡ La prevalencia de enfermedad bipolar en adolescentes es similar a la de adultos (del 1-7% considerando las formas “suaves” del espectro). Es una enfermedad rara en niños prepúberes, que tendrían presentaciones atípicas sin ciclos bien definidos. La inespecificidad de los síntomas cardinales (irritabili-

dad, distraibilidad, aumento de energía,...), así como el alto solapamiento sintomático con otros trastornos, complican aún más el cuadro clínico. Gran parte de la información sobre esta enfermedad en menores de 18 años proviene de estudios retrospectivos en adultos bipolares (se estima que el 20-40% comenzaron con síntomas afectivos en la infancia y el 0,3-0,5% antes de los 10 años).

2.2.2. Comienzo

La edad media de presentación del trastorno son los 18 años; los expertos señalan un aumento paulatino de la prevalencia en adolescentes debido al fenómeno de “anticipación genética”, que describe un adelantamiento del primer episodio afectivo.

2.2.3. Factores de riesgo

Historia familiar de trastorno afectivo (concordancia del 50 al 70 % en monozigotos versus 13 al 30 % en dizigotos) y abuso de sustancias.

2.2.4. Comorbilidad

La aplicación categórica de los criterios diagnósticos permite una alta comorbilidad con el TDAH. Existen solapamientos de síntomas con trastornos de conducta, trastorno oposicionista desafiante, trastorno por tics, trastornos de ansiedad, etc.

2.2.5. Presentación y síntomas

↑ A menudo no se reconoce hasta la adolescencia tardía. La depresión normalmente es el primer episodio afectivo en mujeres, mientras que en varones es más frecuente un primer episodio de manía. En niños, 1/3 debutan con episodio de manía, 1/3 con depresión y otro tercio con un estado mixto. La manía se diagnostica a veces mal por su presentación atípica.

- Depresión bipolar: cursa con ánimo tanto triste como irritable. Los niños que aún no han completado el desarrollo del lenguaje pueden expresar sus pensamientos negativos como quejas físicas, facies triste o evitación del contacto ocular. La anhedonia o pérdida de interés se manifiesta como disminución o ausencia de participación en juegos. La disminución del

apetito se manifiesta como estancamiento del crecimiento, pérdida de peso o falta de la ganancia ponderal esperable por edad. La fatiga se muestra como abandono de juegos, negarse a asistir al colegio, o absentismo escolar. También es frecuente que el niño presente autoconcepto negativo. Los adolescentes con trastorno depresivo con más alto riesgo de progresar a trastorno bipolar son aquellos con antecedentes familiares de trastorno bipolar tipo I y quienes padecen episodios de depresión mayor con psicosis, hipersomnia y retraso psicomotor. Los niños y adolescentes con depresión bipolar presentan con mayor frecuencia ideas de suicidio con un plan estructurado. Puede haber alucinaciones.

- **Manía:** la mayor parte de los síntomas se parecen a los de adultos; aunque en niños y adolescentes suele tener un curso más continuo que episódico y la duración de los síntomas característicos es más breve que en adultos. Así, las fases maníacas se caracterizan por períodos cortos de labilidad emocional con irritabilidad e impulsividad (a veces manifestada como “tormentas afectivas” o rabietas intensas prolongadas). Los niños y adolescentes con enfermedad bipolar a menudo presentan (hasta en el 83% de los casos) ciclación rápida o ultra-rápida, y cambios bruscos (humor triste, irritable y eufórico) en un solo día. Los niños y adolescentes bipolares presentan más estados mixtos y síntomas psicóticos.

2.2.6. Curso de la enfermedad

Suele ser crónico, con remisiones y recaídas, aunque el diagnóstico de trastorno bipolar en la infancia no implica necesariamente el diagnóstico en la vida adulta. Tiene un alto riesgo de suicidio. Factores de mal pronóstico son: inicio temprano, comorbilidad psiquiátrica, síntomas psicóticos, presencia de antecedentes familiares y algunas condiciones psicosociales (falta de apoyo social y familiar).

2.2.7. Diagnóstico

Los criterios diagnósticos para los trastornos afectivos son los mismos que los de los adultos.

2.2.8. Diagnóstico diferencial

TDAH, trastorno negativista desafiante, trastornos de ansiedad, trastorno de conducta y abuso de sustancias, trastorno del aprendizaje, abuso sexual, esquizofrenia de inicio en la infancia, trastorno esquizoafectivo, trastorno de estrés postraumático, depresión agitada, trastorno de personalidad y trastorno del humor secundario a problemas médicos. El origen médico se descarta mediante una buena historia clínica, analítica general con tóxicos en orina y pueden ser útiles un electroencefalograma (EEG) o pruebas de imagen.

2.2.9. Tratamiento

Se recomienda un abordaje multidisciplinar a largo plazo, incluyendo psicoeducación, farmacoterapia, e intervenciones psicosociales. Las posibles comorbilidades se deben tratar una vez estabilizado el trastorno bipolar. Las guías recomiendan iniciar la terapia con estabilizadores del ánimo (litio, valproato, carbamacepina) y/o antipsicóticos atípicos (olanzapina, quetiapina, risperidona) para los episodios maníacos o mixtos. Otros tratamientos farmacológicos o psicoterapias suelen utilizarse asociados a los estabilizadores y antipsicóticos. Se debe mantener durante 12-24 meses con el fin de evitar recaídas. El TEC es de última elección. La FDA recomienda para el tratamiento farmacológico del trastorno: 1) el litio se puede indicar desde los 12 años como tratamiento de la manía aguda y de mantenimiento; 2) el valproato es útil para el tratamiento de la manía aguda; 3) la olanzapina, risperidona, quetiapina, ziprasidona, aripiprazol se pueden indicar como tratamiento de la manía aguda; 4) la lamotrigina y la olanzapina son efectivas en el tratamiento de mantenimiento; 5) la combinación de olanzapina con fluoxetina es útil para el tratamiento del episodio depresivo en la enfermedad bipolar; 6) la combinación de varios estabilizadores del humor ha probado ser más efectiva que la monoterapia y es bien tolerada. Se debe realizar una prueba de al menos 6-8 semanas antes de cambiar o combinar tratamientos.

3. PSICOSIS

Los episodios psicóticos pueden ocurrir en niños con gran número de diagnósticos, incluyendo la esquizofrenia, y los trastornos generalizados del desarrollo. En adolescentes, los síntomas psicóticos



pueden estar en el contexto de trastorno bipolar y depresión psicótica, trastornos del eje II, trastorno esquizoafectivo y de los que resultan de sustancias de abuso (alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas, ácido lisérgico, fenciclidina y otras sustancias). El inicio brusco y la rápida resolución del cuadro psicótico apuntan hacia un trastorno psicótico inducido por sustancias en contraste con el inicio gradual de la esquizofrenia. Las alucinaciones visuales transitorias también ocurren en niños traumatizados que nunca llegan a padecer un trastorno psicótico mayor. Algunas enfermedades médicas que pueden inducir cuadros psicóticos son la enfermedad tiroidea, el lupus eritematoso sistémico, al síndrome velo-cardio-facial, y las enfermedades neurológicas (lesiones ocupantes de espacio y la epilepsia del lóbulo temporal).

3.1. ESQUIZOFRENIA DE INICIO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

La esquizofrenia de inicio en infancia-adolescencia se define como aquella forma grave de esquizofrenia que inicia inusualmente antes de los 13 años y usualmente después de los 7, con un pronóstico grave.

3.1.1. Incidencia

La prevalencia en menores de 13 años está debajo del 0,2%, con una incidencia del 1,4-2/10.000. La proporción entre sexos es 2 chicos por cada chica.

3.1.2. Comienzo

El comienzo típico es en la adolescencia tardía o adultez temprana (15 a 30 años), con una prevalencia a lo largo de la vida del 1%. La edad media de comienzo en niños son los 8,6 años y de diagnóstico los 10,6.

3.1.3. Factores de riesgo

Es una enfermedad con una importante vulnerabilidad genética, existiendo un riesgo incrementado si hay familiares de primer grado diagnosticados de ella (48% para gemelos idénticos, 13% para mellizos, 9% para hermanos, 15% en hijos de un progenitor esquizofrénico y hasta el 45% cuando los dos padres son esquizofrénicos). Otros factores de riesgo son: a) factores congénitos y perinatales

como complicaciones obstétricas; b) alteraciones en el desarrollo; c) factores ambientales (abuso de sustancias); d) factores sociales como dificultades en la adaptación social.

3.1.4. Manifestaciones clínicas

Los síntomas recogidos en las clasificaciones para adultos son difícilmente aplicables a niños menores de 7 años por inmadurez cognitiva. Los síntomas llamados positivos más característicos son: delirios más frecuentes a medida que aumenta la edad (autorreferencialidad, perjuicio, megalomanía, místico-religiosos), alucinaciones (auditivas las más frecuentes; aunque un número significativo de niños experimentan alucinaciones visuales amenazadoras en forma de demonios, esqueletos... y olfativas), alteraciones del discurso y del pensamiento (pérdida de asociaciones), alteraciones conductuales, cambio en los intereses (preocupación religiosa, fenómenos extraños...), alteraciones psicomotrices (posturas estuporosas o extrañas, catatonía), ecolalia o ecopraxia. Los síntomas negativos incluyen embotamiento afectivo (muy frecuente en niños), abulia, anhedonia, inatención, amotivación, anergia, y pérdida del autocuidado, aislamiento social y deterioro del rendimiento escolar.

- Niños: los síntomas ocurren de manera insidiosa; las alucinaciones auditivas y los delirios son las formas más frecuentes de presentación. Muestran tres déficits característicos: pérdida de asociaciones, pensamiento ilógico y deterioro en las habilidades del lenguaje (a diferencia de la pobreza en el contenido de los adultos, en niños se observa que hablan menos o son ambiguos respecto a la manera en que se refieren a personas, objetos y sucesos, o muestran cambios impredecibles en el tema de conversación sin plantear el tema nuevo al interlocutor). Son frecuentes las risas y llantos inapropiados, y a menudo se observan déficit de atención, funcionamiento motor deficiente y deterioro visoespacial. En niños menores de siete años se han descrito signos prodrómicos que incluyen: retrasos del desarrollo, alteraciones en el aprendizaje, problemas comportamentales, juego solitario, ansiedad excesiva, signos neurológicos menores, alteraciones del lenguaje y aislamiento social.

- Adolescentes: el comienzo puede ocurrir insidiosamente después de meses, bien bruscamente como episodio psicótico agudo o bien experimentar síntomas negativos que encubran los positivos.

3.1.5. Diagnóstico

Se puede hacer uso de las siguientes escalas en adolescentes como PANSS de esquizofrenia SAPS de síntomas positivos; SANS de síntomas negativos; BPRS de psicopatología general; K-SADS-E, y KIDDIE-PANSS.

3.1.6. Diagnóstico Diferencial

Hay que hacerlo con causas psiquiátricas y médicas de psicosis. Los niños con trastorno esquizotípico de la personalidad comparten algunos rasgos con los afectos de esquizofrenia: afecto embotado, aislamiento social, o pensamientos y conductas extravagantes. Los fenómenos psicóticos (sobretudo alucinaciones y a veces ideas delirantes) son habituales en niños con trastorno depresivo mayor y en niños traumatizados. Por otro lado, puede resultar difícil distinguir un episodio maniaco con características psicóticas de la esquizofrenia si el niño no tiene antecedentes de depresiones previas (hasta un tercio de niños diagnosticados de esquizofrenia acaban siendo diagnosticados de trastornos afectivos). Las ideas delirantes de grandiosidad y las alucinaciones son más típicas de los episodios maníacos. Los trastornos generalizados del desarrollo pueden compartir algunas de las características con la esquizofrenia, entre ellas una historia común de alteraciones en el desarrollo. Otro diagnóstico diferencial es el uso de algunas drogas o fármacos y alteraciones médicas como lesiones del SNC, tumores, intoxicaciones por metales pesados y trastornos epilépticos, para lo que hay que realizar las pruebas complementarias pertinentes: neuroimagen, analíticas con estudio hormonal, metales, vitaminas, electrocardiograma y electroencefalograma...

3.1.7. Comorbilidad

Los más frecuentes son los trastornos afectivos, TOC, TDAH, y trastornos de conducta, así como el trastorno por abuso de sustancias (el abuso de sustancias puede anteceder y precipitar el cuadro

clínico esquizofrénico, aparecer secundariamente como forma de “automedicación” y/o actuar como factor de peor pronóstico de la enfermedad). Habría que descartar trastornos de personalidad, trastornos del desarrollo, trastornos del comportamiento...

3.1.8. Curso de la enfermedad

La esquizofrenia de inicio en la infancia o adolescencia es normalmente más grave y refractaria al tratamiento, y tiene un peor pronóstico que la enfermedad de comienzo adulto. El diagnóstico y tratamiento temprano mejora el pronóstico. El curso es variable, algunos individuos experimentan múltiples exacerbaciones y remisiones, mientras que otros permanecen crónicamente enfermos con mejorías mínimas. Los mejores factores predictivos del curso de la enfermedad son el nivel de funcionamiento previo del niño, el nivel de funcionamiento recuperado tras el primer episodio y el grado de apoyo disponible en la familia. Parecen tener peor pronóstico los niños con historia de retraso en el desarrollo, trastornos del aprendizaje y de conducta previos y rasgos de personalidad anómalos.

3.1.9. Consecuencias de la esquizofrenia

Puede empeorar las habilidades sociales y cognitivas adquiridas por el niño y resultar en una disfunción social y un bajo rendimiento escolar. El riesgo de suicidio es del 5%.

3.1.10. Tratamiento

Se recomienda un abordaje multidisciplinar, incluyendo psicoeducación, farmacoterapia e intervenciones psicosociales. La estrategia más eficaz es la combinación de psicoterapia intensiva y de soporte a largo plazo con tratamiento medicamentoso. La medicación antipsicótica es básica y los fármacos de primera línea son los antipsicóticos de segunda generación como la risperidona y la olanzapina, reservándose en general los antipsicóticos típicos como tratamiento de segunda línea. Las respuestas a la medicación no son uniformes. Son importantes las intervenciones de apoyo con la familia y trabajo con el colegio. La hospitalización puede ser necesaria en estos niños y adolescentes.



4. TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

En ellos se incluye un grupo de entidades en las que se produce un retraso y alteración en el desarrollo de habilidades sociales, de comunicación y conducta, con un patrón de actividades e intereses restringidos y repetitivos. Estos trastornos afectan múltiples áreas del desarrollo, se manifiestan en etapas tempranas de la vida y causan disfunción persistente. Para cumplir con los criterios de comportamiento autista, debe existir funcionamiento anormal en al menos una de las áreas antes de los 3 años. Más de dos tercios de niños autistas padecen retraso mental. Según la DSM incluyen varios trastornos: 1) autismo; 2) síndrome de Rett; 3) trastorno desintegrativo de la infancia; 4) síndrome de Asperger; 5) TGD no especificado. Algunos autores, tienden a hablar de espectro autista. La incidencia del TGD es del 0,6%. Existe una clara heterogeneidad etiológica, ya que se trata de un síndrome general con una gran variedad de trastornos clínicos cuya base orgánica subyacente y los mecanismos etiopatogénicos implicados son tan sutiles y complejos que con frecuencia no se detectan. En menos del 30% se encuentran alteraciones médicas específicas como la epilepsia. Alrededor del 30% de los sujetos tienen una elevada cantidad de serotonina en sangre. Se han detectado una serie de diferencias neuroanatómicas en algunos sujetos autistas.

4.1. AUTISMO

Históricamente llamado autismo infantil precoz o de Kanner viene marcado por los síntomas típicos.

4.1.1. Incidencia

Se piensa que está por encima del 0,13%. Revisiones recientes apuntan a un aumento en la prevalencia en los últimos cuarenta años que no se justifica únicamente con la mejora en los métodos diagnósticos (del 4,4 por 10.000 en los estudios de los años 60 de media a 12 por 10.000 en los años 90), aunque parece haberse estabilizado en la última década. La proporción masculina/ femenina es de 4-5 a 1. Más del 75% de casos implican un retraso mental (CI menor de 70).

4.1.2. Comienzo

Por definición, el inicio del trastorno es previo a los 3 años, y aunque los síntomas normalmente se reco-

nocen durante el primer año de vida, es difícil hacer un diagnóstico fiable en menores de 2 años.

4.1.3. Factores de riesgo

La etiología del trastorno es desconocida, aunque las evidencias apoyan la interacción ambiental con un sustrato biológico: 1) la alta tasa de retraso mental; 2) la alta prevalencia de trastornos convulsivos; 3) factores genéticos como: predominancia masculina, acumulación familiar (concordancia en gemelos monozigotos del 36 al 96% y menor del 27% en dizigotos; riesgo de autismo en hermanos de afectados del 2 al 6%); 4) los comportamientos autistas son más frecuentes en trastornos genéticos como en el síndrome del X frágil, duplicidad del 15q11-q13, síndrome de Smith Lemli Opitz; 5) mayor frecuencia de anomalías físicas menores (malformaciones del pabellón auricular, dermatoglifos anormales...); 6) historia de alteraciones perinatales como amenaza de aborto; 7) algunas enfermedades neurológicas cursan con síntomas autistas (encefalitis herpética temporal); 8) se han descrito mejorías de los síntomas autistas en presencia de infecciones y cuadros febriles; 9) hallazgos inmunológicos, bioquímicos y neuroanatómicos inespecíficos comunes a otros trastornos. La distribución del trastorno en diferentes etnias y entornos socioeconómicos y culturales parece ser uniforme. Los autistas pueden ser extremadamente sensibles a cambios pequeños en su entorno inmediato.

4.1.4. Comorbilidad

El autismo está frecuentemente asociado con retraso mental y anomalías en EEG o/y trastornos epilépticos. Puede cursar con ceguera, sordera, tuberoesclerosis, parálisis cerebral, rubeola congénita y neurofibromatosis.

4.1.5. Presentación y síntomas

Hay déficits cualitativos en la interacción social, en la comunicación, y un patrón de actividades repetitivas y estereotipadas.

- Dificultades en el ámbito social: muestran una ausencia de contacto interpersonal, tendencia al aislamiento e indiferencia hacia las personas. A menudo carecen de la sonrisa social y de la postura anticipatoria al ser levantados, no

estableciendo el contacto visual con el otro, mostrando una conducta de apego alterada. Pueden manifestar ansiedad cuando se altera su rutina habitual. Al alcanzar la edad escolar, el retraimiento puede haber disminuido y ser menos evidente, aunque el comportamiento social es torpe e inapropiado. Desde el punto de vista cognitivo son más hábiles en las tareas visoespaciales que en las que requieren capacidades de razonamiento verbal. La imposibilidad de considerar al otro como sujeto es el modelo defendido por la Teoría de la Mente para explicar la génesis del autismo.

- Trastornos del lenguaje: las alteraciones principales son: a) incapacidad de comprender el lenguaje verbal y no verbal; b) incapacidad para muchos de elaborar un lenguaje comprensible para los demás verbal y no verbal; c) presencia de anomalías específicas: ecolalias inmediatas o retardadas, inversión de pronombres, calidad del tono y ritmo, lenguaje metafórico (más típico del síndrome de Asperger) o neologismos.
- Patrón de intereses restringidos: estos niños carecen de gran parte del juego exploratorio esperable: los juguetes y objetos son manipulados de manera ritual, generalmente carecen de juegos imitativos, y las actividades son a menudo repetitivas y monótonas. Los fenómenos rituales y compulsivos son frecuentes en la infancia temprana. Muchos niños presentan alteraciones en el movimiento, como estereotipias de las manos.
- Otros síntomas: respuestas perceptivas anómalas a estímulos sensoriales (preocupación por sombras, luces y ruidos), disminución del umbral de dolor, inestabilidad de ánimo (risas y llantos inmotivados), alteraciones de conducta (hiperactividad, rabietas, auto y heteroagresiones), alteraciones en el patrón de sueño y alimentación, y en el control de esfínteres, alteraciones psicomotrices (pobre coordinación y torpeza motora y otros signos neurológicos menores).

4.1.6. Diagnóstico diferencial

Los principales son la esquizofrenia de inicio en la infancia y las psicosis desintegrativas, el retraso mental, el trastorno del lenguaje mixto receptivo y expresivo,

la sordera congénita, y la carencia psicosocial, que puede dar lugar a cuadros *autism-like*.

4.1.7. Curso de la enfermedad

Tiende a ser una condición para toda la vida, con importante impacto académico, cognitivo, y de funcionamiento social. El diagnóstico temprano y el tratamiento pueden mejorar los objetivos alcanzados. Los niños con CI alto y con lenguaje comunicativo tienen mejor pronóstico.

4.1.8. Tratamiento

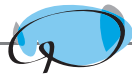
Es imprescindible realizar un buen diagnóstico diferencial de cara a establecer un plan de tratamiento multidisciplinar (psicoterapéutico, educativo, sociofamiliar) intensivo y precoz del trastorno. El tratamiento farmacológico es útil sólo a nivel sintomático.

4.2. SÍNDROME DE ASPERGER

No existe historia de retraso en la adquisición del lenguaje (a diferencia del autismo de alto funcionamiento) y el CI es mayor de 70. Se calcula una prevalencia del 0,026%, aunque algunas series hablan de 20 a 60 por 10.000. La tasa hombre mujer es superior a la observada en el autismo. El diagnóstico es más tardío que en el autismo (4-6 años), cuando el niño empieza a mostrar intereses inusuales y los déficits sociales se vuelven prominentes. Los pacientes con Asperger muestran habilidades intelectuales superiores y habilidades expresivas del lenguaje con apariencia normal pero peculiaridades en el tono, ritmo y uso de ciertos vocablos. Presentan algunas alteraciones motoras como torpeza y déficit en la coordinación motriz y otros signos neurológicos menores. Tienen escasas habilidades para la comunicación no verbal y discrepancias en el CI (mejor puntaje en CI verbal que manipulativo, a diferencia de los autistas de alto funcionamiento). Padecen con mayor frecuencia depresión en la adolescencia en relación con la toma de conciencia respecto a sus dificultades.

4.3. SÍNDROME DE RETT

Existe una evolución normal inicial seguida por la pérdida del uso voluntario de las manos, un crecimiento retardado del cerebro y la cabeza, dificultades para caminar, convulsiones y retraso mental. Hay



evidencias de signos de anormalidad en etapas muy tempranas que suelen pasar desapercibidos (hipotonía, retraso motor discreto, pérdida del contacto ocular y otros comportamientos autistas). La prevalencia estimada es de 1:10.000 y el diagnóstico se realiza en base a síntomas esenciales, de apoyo y ausencia de criterios de exclusión (enfermedades de depósito y degenerativas desde el nacimiento, y otras enfermedades neurológicas pre o perinatales). Afecta casi exclusivamente a mujeres. En 1999 se identificó una alteración genética del MECP (gen que contiene instrucciones para la síntesis de una proteína reguladora de la expresión de otros genes) que se encuentra en el cromosoma X y está presente en cerca del 80% de casos, y se cree que el 20% restante se debe a mutaciones en otras partes del gen o a genes aún no identificados. La supervivencia

puede estar reducida pero la mayoría de los pacientes llegan a la edad adulta a pesar de la gravedad de los síntomas.

4.4. TRASTORNO DESINTEGRATIVO DE LA INFANCIA O SÍNDROME DE HELLER

Se manifiesta como un desarrollo normal durante los primeros 3-4 años de vida seguidos de una pérdida grave de las habilidades de comunicación y sociales. Se cree que la prevalencia es de 1,7 casos por cada 100.000.

4.5. TGD NO ESPECIFICADO

Se trata de una categoría diagnóstica de exclusión.

RECOMENDACIONES CLAVE

El conocimiento de las enfermedades mentales graves del niño y adolescente es una tarea fundamental en la formación de los residentes de psiquiatría tanto a nivel teórico como práctico.

En la evaluación es imprescindible tener en cuenta los hitos del desarrollo dado que los trastornos graves suelen alterarlos o que no se lleven a cabo. El abordaje multiprofesional coordinado debe ser la pieza clave para la mejor intervención en dichos trastornos.

Durante la formación es fundamental favorecer la investigación en el campo de la psiquiatría del niño y del adolescente, tanto del estudio de prevalencias de las mismas, necesidades no cubiertas así como de sus causas, cursos y tratamientos.

5. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision (DSM IV-TR). Washington, D.C.: APA. 4th ed. 2001.

Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, vols. 1, 2. Philadelphia, PA, USA: Ed. Lippincott Williams and Wilkins. 7th ed. 2000.

Lewis M. Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook. Philadelphia, PA, USA: Ed. Lippincott Williams and Wilkins. 4th ed. 2007.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Practice parameter for the assessment and treatment. 2004. Available online at www.aacap.org.

Bezchlibnyk-Butler K, Virani, A. Clinical Handbook of Psychotropic Drugs for Children and Adolescents. Cambridge, USA: Ed. Hogrefe and Huber Publishers. 2^a ed. 2007.

6. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Rutter M, Taylor E. Child and Adolescent Psychiatry. Oxford: Ed. Blackwell Publishing Science. 4^a ed. 2002.

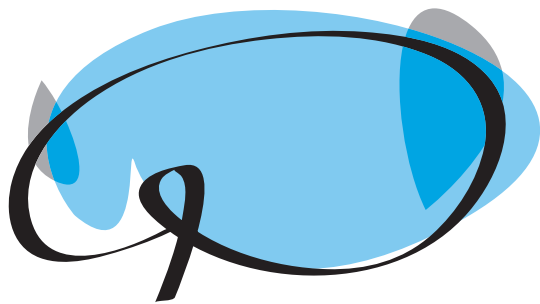
Lewis M. Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook. Philadelphia: Ed. Lippincott, Williams y Wilkins. 4^a ed. 2007.

Marcelli D, Ajuriaguerra J. Psicopatología del niño. Barcelona: Ed. Masson. 3^a ed. 1996.

Mazet Ph, Houzel D. Psiquiatría del niño y del adolescente. Vol. 1, 2. Barcelona: Ed. Médica y Técnica. 1981.

Bezchlibnyk-Butler K, Virani A. Clinical Handbook of Psychotropic Drugs for Children and Adolescents. Cambridge, USA: Ed. Hogrefe and Huber Publishers. 2^a ed. 2007.





MÓDULO 2.
Clínica psiquiátrica



Otros trastornos
mentales





51. TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE



Autora: Carolina Liaño Sedano
Tutor: Jesús Alonso Fernández
Hospital de Donostia. San Sebastián

CONCEPTOS ESENCIALES

Las dificultades escolares presiden la vida familiar y de ellas derivan diversos problemas que durante mucho tiempo se consideraron la causa de las *“learn disabilities”*. El hecho de reconocer su existencia supone un respiro para las familias y para el niño, y la posibilidad de crear recursos educativos y sanitarios que permitan un abordaje más integral de esta patología.

1. CONCEPTOS GENERALES

1.1. MARCO CONCEPTUAL

El término dificultades de aprendizaje fue introducido por primera vez por Samuel Kirk en 1962 para referirse a aquellos niños que, con una capacidad intelectual dentro de los límites normales, presentaban problemas de lectura, escritura, ortografía, razonamiento, lenguaje o cálculo. Previamente se utilizaba el término disfunción cerebral mínima para referirse indistintamente a los niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) o con trastornos del aprendizaje.

Hoy en día, la definición más aceptada es aquella que describe a los niños con trastornos del aprendizaje como aquéllos que presentan “dificultades en la adquisición de habilidades relacionadas con el área escolar o académica (lectura, escritura y/o cálculo aritmético) de manera que las puntuaciones que alcanzan en los tests normalizados de rendimiento, aplicados de manera individual, son inferiores a los esperados para su edad, nivel de escolarización e inteligencia”.

La CIE 10 habla de Trastornos Específicos del Aprendizaje (TEA): F81 e incluye seis categorías diferentes:

- F81.0: Trastorno específico de la lectura.

- F81.1: Trastorno específico de la ortografía.
- F81.2: Trastorno específico del cálculo.
- F81.3: Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar.
- F81.8: Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar.
- F81.9: Trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación.

La clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV-TR) distingue cuatro categorías dentro de los Trastornos del Aprendizaje: F81:

- F81.0: Trastorno de la lectura (dislexia).
- F81.2: Trastorno del cálculo.
- F81.8: Trastorno de la expresión escrita (disgrafía/disortografía).
- F81.9: Trastorno del aprendizaje no especificado.

1.2. EPIDEMIOLOGÍA

Los trastornos del aprendizaje son, junto con el TDAH, los trastornos neuropsicológicos más frecuentes en el niño, representando la dislexia el 80% de ellos con una prevalencia que oscila entre el 5 y el 15% en la población infantil.



1.3. ETIOLOGÍA

La etiología de los trastornos del aprendizaje es desconocida e influyen en su aparición tanto factores genéticos como ambientales, teniendo los primeros un mayor peso.

Dentro de todos los trastornos del aprendizaje nos centraremos en los congénitos (dislexia, disgrafía y discalculia) y no en los adquiridos (alexia, agrafía y acalculia) que tienen una base etiológica muy diferente y se dan con más frecuencia en adultos.

1.4. CLÍNICA

El motivo de consulta en estos casos suele ser el fracaso escolar. Las principales características de los trastornos del aprendizaje son:

- Capacidad intelectual dentro de los niveles normales.
- Deterioro significativo en uno o varios procesos: lectura, escritura, ortografía, cálculo o razonamiento.
- Problema presente antes del inicio de la etapa escolar y que persiste en la adultez.
- Ausencia de alteraciones neurológicas graves o trastorno psiquiátrico grave que expliquen el trastorno.
- Pueden existir trastornos emocionales o de conducta asociados pero no son factores causales.
- Requieren una intervención especializada.

1.5. DIAGNÓSTICO

Aún no se ha validado un método para el diagnóstico de los trastornos del aprendizaje aceptado por todos. Sin embargo la mayoría de los tratados incluyen como criterio diagnóstico la discrepancia entre el rendimiento escolar de un niño y su inteligencia, comparando las puntuaciones en los test normalizados de rendimiento escolar [test de rendimiento de amplio espectro, 3ª ed. (WRAT-3, Wilkinson, 1993), test de Wechsler (WIAT, Psychological Corporation, 1992), Batería psicoeducativa de Woodcock-Johnson (WJ-III, Woodcock et al., 2001), Test de logros educativos de Kaufman (K-TEA, Kaufman y Kaufman, 1985)...] con aquéllas que obtiene en los test de inteligencia

normalizados [Escala de inteligencia para niños en edad preescolar y primaria de Wechsler, 3ª edición. (WPPSI-III, Wechsler, 2002), Escala de inteligencia para niños de Wechsler, 3ª edición (WISC-III, Wechsler, 1991), Escala de inteligencia de Stanford-Binet 5ª edición (SB5, Roid, 2003), Escala de rendimiento internacional de Leiter revisada (LIPS-R, Roid y Miller, 1996)...].

1.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dado que el motivo de consulta principal de los niños con trastornos del aprendizaje es el fracaso escolar resulta necesario descartar otros factores intrínsecos o extrínsecos que aislados o combinadamente pueden favorecer un rendimiento escolar bajo y diferenciarlos del trastorno específico del aprendizaje como son: factores pedagógicos: aulas masificadas, ausencia de hábitos adecuados de estudio, métodos inadecuados de enseñanza..., factores sociales: marginación y pobreza, pertenencia a una minoría cultural marginal, absentismo..., factores psicológicos: fobia escolar, depresión infantil, ansiedad... y factores biológicos: enfermedades físicas, trastornos sensoriales, lesiones cerebrales graves, deficiencia mental o dificultades neuropsicológicas del aprendizaje.

También en el sentido inverso los psiquiatras deben permanecer alerta a la hora de descartar un trastorno del aprendizaje subyacente en niños que acuden a consulta para valoración por problemas emocionales o de conducta pues múltiples estudios señalan la relación significativa existente entre los trastornos del aprendizaje y los trastornos de conducta o emocionales en el niño y trastornos de conducta o trastornos por abuso de sustancias en el caso del adulto.

2. TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL APRENDIZAJE

Se resumen en la tabla 1.

↑ 2.1. TRASTORNO ESPECÍFICO DE LA LECTURA O DISLEXIA

2.1.1. Concepto

La primera referencia documentada de la dislexia se sitúa en 1877 cuando Kussmaul diagnosticó de ceguera verbal a un sujeto que perdió su capacidad

↑ Tabla 1. Trastornos específicos del aprendizaje

DISGRAFIA	DISLEXIA	DISCALCULIA
Coeficiente Intelectual dentro de los límites normales.		
Origen multifactorial.		
Potencial lector inferior al esperado según edad y coeficiente Intelectual del paciente.	Capacidad para la escritura inferior al esperado según edad y coeficiente Intelectual del paciente.	Dificultad innata para el aprendizaje de conceptos aritméticos básicos.
Persistencia en la adultez.		
Frecuente comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos: trastornos de conducta, ansiedad, trastornos depresivos, abuso de sustancias...		
Tratamiento: apoyo escolar + psicológico/psiquiátrico si precisa.		

lectora preservando las funciones sensoriales y la inteligencia. El término dislexia se empleó por primera vez en 1887 y se le atribuye a Berlín.

Hoy en día entendemos por dislexia al “trastorno caracterizado por la escasa habilidad para la lectura (incluyendo velocidad, precisión o grado de comprensión) que se manifiesta con mayor intensidad durante la etapa escolar pero que persiste en la edad adulta aunque su expresión varía”.

Suele asociarse a dificultades para la verbalización de lo leído, dificultades para la escritura y/o retraso del habla o dispraxia.

2.1.2. Epidemiología

Como hemos señalado previamente representa el 80% de los trastornos del aprendizaje. Su prevalencia oscila entre el 5-15% y varía según la dificultad del idioma, siendo más elevada en aquellos idiomas en los que no existe una única correspondencia entre grafema y fonema (como el inglés o el alemán) y según el sexo, siendo ligeramente más frecuente en varones, aunque estudios recientes ponen en duda esta afirmación.

2.1.3. Etiopatogenia

Samuel Orton fue el gran investigador de la dislexia entre 1925 y 1940 y ofreció una primera explicación teórica de las discapacidades del aprendizaje señalando que el trastorno se debía a una deficiente lateralización del área del lenguaje en el cerebro.

Actualmente, la mayoría de los autores defienden un origen multifactorial de la dislexia determinada por la combinación de factores hereditarios y ambientales. Dentro de los factores ambientales que se han descrito asociados a un mayor riesgo de padecer dislexia están la prematuridad, los problemas perinatales graves, la pobreza, la malnutrición, la escolarización insuficiente, los cuadros de abuso y negligencia y los problemas de abusos de sustancias por parte de los padres. Sin embargo es clara la carga genética de esta enfermedad aunque se desconocen las reglas exactas que rigen su transmisión. El riesgo de padecer un trastorno en la lectura en familiares de primer grado de un niño con dislexia oscila entre el 35 y el 45%, siendo los cromosomas 1, 2, 6, 7 y 15 los que hasta ahora han aparecido implicados en su transmisión.

A finales del siglo XIX Déjérine intentó determinar las bases neurobiológicas subyacentes a la dislexia concluyendo que determinadas lesiones en la zona parieto-occipital del hemisferio izquierdo producían la pérdida específica de la lectura y la escritura. Sin embargo en la actualidad aun no se ha detectado ningún marcador biológico que en la práctica clínica permita establecer el diagnóstico de dislexia.

2.1.4. Clínica

Como hemos dicho previamente la dislexia se expresa de manera diferente según la edad y las principales manifestaciones según el momento madurativo son (tabla 2):



Tabla 2. Dislexia según la edad

<p>ETAPA PREESCOLAR (aunque el diagnóstico definitivo no se puede establecer hasta que el niño ha adquirido los mecanismos madurativos que le permitirán leer se han descrito antes de los seis años algunos indicadores de riesgo)</p>	<p>Una deficiente conciencia fonológica. Retraso en la adquisición del lenguaje o desarrollo lento del habla. Problemas de pronunciación y persistencia de dislalias. Dificultades para adquirir el alfabeto o para realizar rimas simples. Trastornos en la denominación de letras y categorización de sonidos. Dificultad para establecer la asociación entre letras y sonidos. Problemas para aprender rutinas. Torpeza motriz y desorientación espacial. Antecedentes familiares de dislexia. Caída del cociente intelectual verbal (especialmente en las fonológicas). Dificultad para la lectura de pseudopalabras o de palabras irregulares. Dificultad para el deletreo de palabras. Fracaso en las tareas que requieren procesamiento rápido de sonidos no lingüísticos cuando éstos cambian a gran velocidad.</p>
<p>ETAPA ESCOLAR</p>	<p>Dificultades de asociación fonema-grafema. Dificultades para el recuerdo de palabras. Dificultades en la codificación lectora: omisiones, sustituciones (p y q, m y n, b y d), inversiones de sílabas y letras, y adición de palabras. Dificultad para la lectura de palabras raras y pseudopalabras. Falsos arranques, largas vacilaciones o pérdida del sitio del texto en el que estaba leyendo. Incapacidad para establecer conclusiones de lo leído o de recordarlo. Inversiones de palabras en frases o de letras dentro de las palabras. Caligrafía deficiente. Problemas de discriminación auditiva. Problemas de concentración y atención sostenida. Dificultades de coordinación. Problemas de orientación espacial. Dificultad para identificar blancos visuales. Problemas de rastreo y búsqueda visual. Problemas de adaptación escolar. Problemas de conducta: oposicionismo y baja autoestima.</p>
<p>EDAD ADULTA</p>	<p>Predominio de las dificultades ortográficas, que son más importantes que los errores lectores. Patrón de asimetría anatómica anómalo en nueve de cada diez casos.</p>

2.1.5. Diagnóstico

Todos los tratados incluyen como criterio diagnóstico para la dislexia la discrepancia entre el potencial lector del niño con respecto a su edad, su CI y su rendimiento general.

Es importante, al igual que en todos los trastornos del aprendizaje, descartar problemas de visión o audición que puedan estar interfiriendo en el aprendizaje del niño.

Algunas de las pruebas generales para la evaluación de la lectura se resumen en la tabla 3.

Dentro de las pruebas más específicas para una evaluación más exhaustiva de las dificultades de lectura destacan el modelo neurocognitivo propuesto por Coltheart (1981) y adaptado al español por Valle y Cuetos y el enfoque cognitivo desarrollado por Defior y Ortúzar (1993).

Los criterios diagnósticos que según las guías clínicas se deben cumplir para el diagnóstico de dislexia se resumen en la tablas 4 y 5.

2.1.6. Tratamiento

Desde el punto de vista del sistema educativo público solo está indicada la intervención del psiquiatra

cuando es necesario descartar un trastorno emocional subyacente al fracaso escolar.

En los trastornos del aprendizaje puros la intervención debe ser fundamentalmente psicopedagógica debiendo incluirse a éstos niños en programas educativos individualizados (PEI) que aseguren un mayor apoyo escolar en el contexto menos restrictivo posible.

2.2 TRASTORNO DE LA ESCRITURA

2.2.1. Concepto

Los trastornos de escritura, de la expresión escrita o de la ortografía generalmente se acompañan de dificultades en la lectura y el cálculo y se distinguen dos tipos, los adquiridos (agrafia) y los congénitos (disgrafía). La agrafia es un trastorno adquirido de la capacidad para la escritura como consecuencia de un daño cerebral sobrevenido. Suele acompañar a una alexia o trastorno adquirido en la lectura o formar parte de un trastorno afásico. La disgrafia se presenta en niños que, desde el comienzo del aprendizaje, y con un nivel de inteligencia normal presentan dificultades para el aprendizaje de la escritura. No presentan trastornos neurológicos severos y generalmente se asocia a dislexia, existiendo un frecuente solapamiento entre ambos cuadros. En este apartado nos referiremos fundamentalmente a la disgrafia que

Tabla 3. Pruebas generales para la evaluación de la lectura

Procesos lectores (PROLEC). Cuetos, Rodríguez y Ruano (1996).
Test de análisis lectoescritor (TALE). Cervera y Toro (1983).
Exploración de las diferencias individuales en la lectura (EDIL-1). González Portal (1997).
Pruebas de lectura 1 y 2. De la Cruz (1979).
Pruebas psicopedagógicas de aprendizaje instrumentales. Canals.
Batería evaluadora de las habilidades necesarias para el aprendizaje de la lectura y la escritura (BEHNALE).
Prueba de conocimiento sobre el lenguaje escrito (CLE). Ortiz y Jiménez.
Prueba de evaluación del retraso en lectura (PEREL). Maldonado et al. (1992).
Test de control de evolución del aprendizaje de la lectoescritura (CEAL). Huerta y Matamala (1992).
Prueba de evaluación del conocimiento fonológico (PSEFA). González (1993)).
Batería de pruebas del lenguaje. Fin del ciclo inicial. Bartolomé et al. (1985).
- Pruebas diagnósticas de lectura, 1º de EGB. Cabrera (1985).
- Pruebas de lenguaje del Ciclo Medio. Fernandez Pózar (1985).
- Lectura oral. García Hoz...



Tabla 4. Criterios diagnósticos para el diagnóstico de la dislexia (CIE 10)

Según el CIE 10 los criterios que se deben cumplir para hacer el diagnóstico de Trastorno específico de la lectura son:
A) Presencia de uno de los siguientes: 1.- Rendimientos en las pruebas de precisión o comprensión de la lectura de por lo menos dos desviaciones típicas por debajo del nivel esperable en función de la edad cronológica del niño y su nivel de inteligencia. Tanto la capacidad para la lectura como el CI deben ser evaluados mediante una prueba individual estandarizada para la cultura y el sistema educativo del niño. 2.- Antecedentes de graves dificultades para la lectura, o bien de puntuaciones bajas en las pruebas a que se refiere el criterio A una edad más temprana, y además una puntuación en las pruebas de ortografía por lo menos 2 desviaciones típicas por debajo del nivel esperable de acuerdo con la edad cronológica y los conocimientos generales del niño.
B) La alteración de A interfiere significativamente con los resultados académicos y con las actividades diarias que requieren de la lectura.
C) No debido directamente a un defecto visual o auditivo o a un trastorno neurológico.
D) Escolarización y educación han sido normales (es decir la escolarización ha sido razonablemente adecuada).
E) Criterio de exclusión frecuente: CI por debajo de 70 en una prueba estandarizada.

Tabla 5. Criterios diagnósticos para el diagnóstico de la dislexia (DSM IV)

En el DSM IV-TR los criterios diagnósticos para el Trastorno de la lectura (F81.0) son:
1.- El rendimiento de lectura medido mediante pruebas de precisión o comprensión normalizadas y administradas individualmente, se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.
2.- La alteración del criterio A interfiere significativamente en el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que exigen habilidades para la lectura.
3.- Si hay un déficit sensorial, las dificultades para la lectura exceden de las habitualmente asociadas a él.

es la categoría que se incluye en los trastornos del aprendizaje que nos ocupan.

2.2.2. Clínica

Los criterios diagnóstico descritos en el DSM IV-TR o en el CIE 10 excluyen la posibilidad de que, tanto el trastorno de la expresión escrita (DSM IV-TR) como el trastorno específico de la ortografía (CIE 10) se asocien a dificultades en la lectura cuando, como hemos dicho previamente, ésta es una combinación frecuente. Por ello describiremos aquí otra clasificación interesante que distingue dos tipos de disgrafía.

■ Disgrafía motriz

Es la disgrafía “más pura” pudiéndose presentar de modo aislado como un trastorno en la cali-

dad de la escritura y quedando preservado el plano conceptual. Las principales alteraciones que aparecen en la disgrafía motriz pueden ser por trastornos de la escritura (forma defectuosa de las letras, macrografía, micrografía o tamaño irregular de las letras, inclinación defectuosa de las letras o de los renglones, espaciación defectuosa de las letras dentro de las palabras, entre las palabras dentro de la frase o entre los renglones...) o por trastornos en el control perceptivo-motor (distonía, grafoespasmo, posición inadecuada del lapicero, hipotonía...).

■ Disortografía o disgrafía de proyección disléxica

La disortografía es la incapacidad para estructurar gramaticalmente la escritura y generalmente se asocia a problemas de lectura. Los princi-

pales errores disortográficos son: omisión de letras, de sílabas o de palabras, agregado de letras, sílabas o palabras, sustitución de letras con sonido similar, rotación o inversión de letras o números, inversión de sílabas, faltas de ortografía simples...

2.2.3. Diagnóstico

Al igual que en el resto de los trastornos del aprendizaje hay que descartar trastornos sensoriales que justifiquen el trastorno y demostrar la discrepancia entre los resultados del rendimiento escolar de un niño en lo referente a la escritura y su nivel de inteligencia.

Algunas de las pruebas que nos permiten evaluar dificultades en la escritura son (tabla 6):

Los criterios diagnósticos descritos en las guías se resumen en las tablas 7 y 8.

2.2.4. Tratamiento

El mismo que el descrito para la dislexia.

2.3 TRASTORNOS DEL CÁLCULO

2.3.1. Concepto

La discalculia es un término que se utilizó por primera vez en 1937 para designar la dificultad innata para la adquisición de las habilidades de cálculo. Quizás la definición más acertada sea la propuesta por Kosci (1974, 1981) quien lo definía como “un trastorno estructural de las capacidades matemáticas que tiene sus orígenes en un trastorno genético o congénito de aquellas partes del cerebro que son sustrato anatómico-fisiológico de la maduración de las capacidades matemáticas adecuadas a la edad, sin trastorno simultáneo de las funciones mentales generales”. Afecta al aprendizaje de los conocimientos aritméticos básicos (sumar, restar, multiplicar y dividir) más que a los conocimientos matemáticos más abstractos. Es un trastorno que rara vez aparece aislado asociándose con frecuencia a otros trastornos como la dislexia, epilepsia o trastorno por déficit de atención.

La acalculia es un trastorno adquirido secundario a lesiones cerebrales diversas (accidentes cerebrovasculares, traumatismos, etc.) que se traduce en una alteración en la capacidad oral y escrita para el

Tabla 6. Pruebas de evaluación de las dificultades en la escritura

Prueba de conocimiento sobre el lenguaje escrito (CLE). Ortiz, M.R y Jiménez, J.E (1994).
Batería evaluadora de las habilidades necesarias para el aprendizaje de la lectura y escritura (BEHNALE). Mora Mérida, J.A (1993).
Test de control de la evaluación del aprendizaje de la lectoescritura (CEAL). Huerta, E y Matamala, A. (1992).
Test de Cloze: aplicaciones psicopedagógicas. Condemarin, M. (1990).
Test de análisis lectoescritura (TALE). Cervera M. y Toro J. (1980).
Batería pedagógica nº 3. Evaluación de la lengua castellana en el ciclo medio (BP-3). Fernández Pózar, F. (1983, 1988).
Manual de evaluación y desarrollo de las funciones básicas para el aprendizaje escolar. Condemarin, M., Chadwick, M. y Milicia, M. (1985).
Batería de pruebas de lenguaje. Fin de ciclo inicial. Bartolomé, M. et al. (1986).
Diagnóstico y tratamiento de las dificultades ortográficas en el ciclo inicial de la EGB y en el ciclo medio. Cañado, M.L. y Pérez González, J. (1988).
Infografía (trat. Textos por ordenador). Seisdedos, N. (1989).
Escala de escritura Fernández Huerta. En V. García Hoz, Manual de test para la escuela (1971).
Escala de escritura. Ajuriaguerra, J. (1973).



Tabla 7. Criterios diagnósticos CIE 10

Según los criterios del CIE 10, en el que aparece definido como Trastorno específico de la ortografía , los criterios diagnósticos que ha de cumplir son:
A.- Una puntuación obtenida mediante una prueba estandarizada de ortografía que está por lo menos dos desviaciones típicas por debajo del nivel esperable, de acuerdo con la edad cronológica del niño y su nivel de inteligencia.
B.- Rendimientos en la precisión de la lectura, comprensión y cálculo dentro de los límites normales (+/- 2 desviaciones típicas de respecto a la media).
C.- No hay antecedentes de dificultades significativas para la lectura. CI de 70 o más obtenido mediante una prueba estandarizada individual.
D.- Escolarización y educación dentro de los límites normales (es decir, la escolarización ha sido razonablemente adecuada).
E.- Las dificultades ortográficas aparecen desde los estadios precoces del aprendizaje de la ortografía.
F.- La alteración en A interfiere significativamente con los resultados académicos y las actividades diarias que requieren calidad ortográfica.
G.- Criterio de exclusión frecuente: CI por debajo de 70 en una prueba estandarizada.

Tabla 8. Criterios diagnósticos DSM IV

Según el DSM IV-TR, en el que aparece descrito como Trastorno de la expresión escrita , los criterios diagnósticos que ha de cumplir son:
1.- Las habilidades para escribir, evaluadas mediante pruebas normalizadas administradas individualmente (o evaluaciones funcionales de las habilidades para escribir), se sitúan sustancialmente por debajo de las esperadas dados la edad cronológica del sujeto, su cociente intelectual y la escolaridad propia para su edad.
2.- El criterio anterior interfiere significativamente en el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren la realización de textos escritos (por ejemplo escribir frases gramaticalmente correctas y párrafos organizados).
3.- Si hay un déficit sensorial, las dificultades en la capacidad para escribir exceden de las habitualmente asociadas a él.

cálculo y generalmente se asocia con alexia y agrafia para los números. La mayoría de los trabajos referentes a la acalculia lo describen como un trastorno presente en adultos aunque también se pueden producir manifestaciones acalculicas en el transcurso de la infancia. No se incluye por tanto en los trastornos del aprendizaje que nos ocupan.

2.3.2. Epidemiología

Aunque existen pocos estudios sobre la incidencia de la discalculia se estima que el problema aparece en el 6% de la población infantil (Gross-Tsur, 1995). No existe consenso en cuanto a la prevalencia de sexo.

2.3.3. Etiología

Se trata de un trastorno de origen multifactorial con una carga biológica clara pero en el que factores exógenos de tipo sociofamiliar o pedagógico pueden influir agravando su expresión.

Existe constancia de la influencia de factores hereditarios en su aparición aunque se desconocen los genes específicos implicados.

La neuropatología subyacente a este trastorno no está clara, algunos como Rourke defienden que radica sobre todo en la sustancia blanca del hemisferio derecho, otros defienden que es el área 40 correspondiente a la circunvolución supramarginal

del lóbulo parietal izquierdo “el centro del cálculo” del cerebro.

2.3.4. Clínica

Lo más frecuente es que la manifestación del problema se produzca hacia los 8-9 años aunque hay niños que a los 6 años ya presentan dificultades y niños en los que no se aprecian hasta los 9-10 años.

La sintomatología se centra entorno a la simbolización y a la estructura espacial de las operaciones. Entre las múltiples clasificaciones que existen de la sintomatología una de las más interesantes es la que divide la clínica en: a) dificultades en la adquisición de las nociones de cantidad y número: el niño no entiende el concepto de cantidad como conjunto de unidades iguales ni entiende el lugar que ocupa cada cifra dentro de la unidad; b) dificultades en la transcripción gráfica de los números: el niño no memoriza el grafismo de cada número y por tanto le cuesta reproducirlo, comete

errores con frecuencia de inversión (6 y 9) o le cuesta hacer seriaciones; c) dificultades en las operaciones básicas (suma, resta, multiplicación y división): utiliza estrategias que faciliten el cálculo mental (contar con los dedos, por ejemplo).

2.3.5. Diagnóstico

No existen muchas pruebas que evalúen específicamente la discalculia explorándose el cálculo a propósito de la valoración de otras capacidades generales de aprendizaje del niño a través de pruebas comentadas con anterioridad. Entre las pruebas más específicas están (tabla 9):

Los criterios diagnósticos para la discalculia se resumen en las tablas 10 y 11.

2.3.6. Tratamiento

El descrito para la dislexia.

Tabla 9. Pruebas específicas en discalculia

Test de diagnóstico del trastorno del cálculo KeyMath (KeyMath Diagnostic Arithmetic Test, Connolly <i>et al.</i> , 1971).
TEDI-MATH: batería de evaluación que permite describir y comprender las dificultades que pueden presentar los niños en el campo numérico.

Tabla 10. Criterios diagnósticos CIE 10

Los criterios diagnósticos de la CIE 10 para el Trastorno específico del cálculo son:
A.- Una puntuación obtenida mediante una prueba estandarizada de cálculo que está por lo menos dos desviaciones típicas por debajo del nivel esperable de acuerdo con la edad cronológica del niño y su nivel de inteligencia.
B.- Unos rendimientos en precisión de la lectura, comprensión y cálculo dentro de los límites normales (+/- 2 desviaciones típicas respecto a la media).
C.- No existen antecedentes de problemas ortográficos significativos o para la lectura.
D.- Escolarización y educación normales (es decir, la escolarización no ha sido notoriamente inadecuada).
E.- Las dificultades para el cálculo están presentes desde los estadios precoces del aprendizaje.
F.- La alteración en A interfiere significativamente con los resultados académicos y con las actividades diarias que requieren el uso del cálculo.
G.- Criterio de exclusión frecuente: CI inferior a 70 en una prueba estandarizada.



Tabla 11. Criterios diagnósticos DSM IV

El DSM IV-TR lo denomina trastorno del cálculo y se excluye a aquellos niños que presenten simultáneamente dificultades para la escritura o lectura. Se manifiesta por:
1.- La capacidad para el cálculo, evaluada mediante pruebas normalizadas, de administración individualizada, está situada sustancialmente por debajo de la esperada, dados la edad cronológica del sujeto, su cociente intelectual y la escolaridad propia para su edad.
2.- El trastorno anterior interfiere significativamente en el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren capacidad para el cálculo.
3.- Si hay un déficit sensorial, las dificultades para el rendimiento en cálculo exceden de las habitualmente asociadas a él.

↑ RECOMENDACIONES CLAVE

Los trastornos del aprendizaje son una patología frecuente.

Se da en niños con un CI normal.

Es importante descartar patología social, psicológica o biológica.

Requiere de un abordaje fundamentalmente educativo pero el apoyo psicológico es crucial para un buen pronóstico.

Es un trastorno crónico que puede requerir apoyo en la adultez.

3. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Portellano J.A. Neuropsicología infantil. Ed. Síntesis. 2007:117-145.

Caballo EV, Simón MA. Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Ed. Pirámide. 2005:159-180.

Mazet Ph, Houzel D. Psiquiatría del niño y del adolescente, Vol I y II Ed. Médica y Técnica, S.A. ISBN: 84-85298-66-7.

Kaplan, Harold-Sadock B. Kaplan & Sadock: Sinopsis de Psiquiatría. Ed. Lippincott Williams & Wilkins. 2009:1158-1170.

Caballo V, Simon MA. Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos Específicos. Ed. Pirámide Psicología, ISBN: 84-368-1641-2.

4. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Freides D. Trastornos del desarrollo: un enfoque neuropsicológico. Ed. Ariel Neurociencia 2002:355-381.

Manga D, Fournier C. Neuropsicología clínica infantil: estudios de casos en edad escolar.

Caballo V, Simón MA. Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos Generales. Ed. Pirámide Psicología ISBN: 84-368-1577-7.

García-Portilla MP, Bascarán MT, Saiz PA, Parellada M, Bousoño M, Bobes J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría infantil. 5ª edición. Ed. Ars Médica ISBN: 978-84-9751-394-4.

Catálogo de TEA ediciones, S.A. Tests y Documentos Psicológicos. Sistemas de evaluación.



52. TRASTORNOS MENTALES EN LA VEJEZ



Autoras: Leticia Galán Latorre y Virginia Torrente Mur
Tutor: Javier Olivera Pueyo
Hospital San Jorge. Huesca

CONCEPTOS ESENCIALES

La psiquiatría geriátrica o psicogeriatría se encarga de la atención multidisciplinar a la salud mental del anciano y del contexto que le rodea.

La formación del psicogeriatra debe incluir conocimientos de medicina, geriatría, neuropsicología y neurociencias, así como dinámicas en la vejez.

El progresivo envejecimiento poblacional y las particularidades de los trastornos mentales en los mayores justifican la necesidad de una capacitación específica en este tema, así como el desarrollo de servicios y/o programas especializados en psicogeriatría en todos los niveles asistenciales de la salud mental.

1. INTRODUCCIÓN: LA PSICOGERIATRÍA

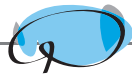
➔ Asistimos a un progresivo envejecimiento poblacional que se acentúa en los países más desarrollados y que comienza a emerger en los países en vías de desarrollo. Se estima que entre el 20 y el 25% de la población de los países occidentales tendrá 65 o más años hacia la mitad del presente siglo XXI. En el censo de 2008, más de 7 millones y medio de españoles tiene 65 años o más. Por tanto, nos encontramos ante un colectivo poblacional de alta relevancia. Este grupo poblacional requerirá también la adaptación de servicios sanitarios (socio-sanitarios) adecuados a sus demandas, y entre ellos la psicogeriatría representa un papel estratégico fundamental en numerosos aspectos.

A nivel práctico, la pregunta adecuada sería: ¿desde el punto de vista psiquiátrico, estas personas mayores, requieren una consideración especial?, ¿tiene la presentación de la enfermedad mental particularidades en la vejez?, ¿es necesario conocer estas singularidades de los trastornos mentales en los mayores?, ¿se requiere formación específica?, ¿se requieren

servicios especializados? Todas estas preguntas y sus posibles respuestas deberían estar presentes en la formación de los futuros médicos especialistas en psiquiatría.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la psiquiatría geriátrica es una rama de la psiquiatría y forma parte de la provisión de atención multidisciplinar a la salud mental del anciano. La especialidad es denominada a veces “psiquiatría geriátrica”, “psiquiatría de la vejez” o “psicogeriatría”.

Aunque la mayoría de documentos y servicios referidos a este área fijan una edad de inicio de la psiquiatría geriátrica en la población mayor de 65 años, la realidad es que algunos de los servicios psicogeriátricos también atienden a personas de menor edad que presentan enfermedades neurodegenerativas (como demencia, enfermedad de Parkinson, esclerosis lateral...), daño cerebral traumático, epilepsia, accidentes cerebrovasculares... dado que la aparición de psicopatología en estas enfermedades guarda muchas similitudes con los trastornos psicogeriátricos.



➤ La atención psicogeriatrica se centra en los siguientes grupos fundamentales de población:

- Pacientes con trastorno mental grave que han envejecido, generalmente en instituciones como los hospitales psiquiátricos. Estos pacientes, conocidos como los graduados, por sus numerosos años de institucionalización, se caracterizan por presentar generalmente una sintomatología psiquiátrica productiva más atenuada (hasta el 20% ya no presentan síntomas positivos) y sin embargo presentan otro tipo de sintomatología que merece especial atención, como los síntomas residuales, el efecto de la institucionalización y el aislamiento social, o la iatrogenia de los neurolépticos clásicos. Además el propio envejecimiento supone la aparición de todas las complicaciones asociadas a los pacientes geriátricos: comorbilidad somática, dependencia funcional, polifarmacia... Por ello, la mayor parte de las rehabilitaciones de los antiguos hospitales psiquiátricos han incluido la creación de unidades de psicogeriatría para este tipo de pacientes
- Pacientes sin antecedentes psiquiátricos que han debutado con sintomatología más allá de los 50-60 años. Presentan por tanto psicopatología de aparición tardía. Se trata de patología psiquiátrica directamente relacionada con la edad:
 - Deterioro cognitivo y demencias.
 - Depresión del anciano.
 - Duelos.
 - Trastornos delirantes.
 - Psicosis de tipo esquizofrénico de aparición tardía (parafrenia tardía).
 - Trastornos somatomorfos de inicio en los mayores.
- Los cuidadores. Los pacientes psicogeriatricos presentan un elevado grado de dependencia tanto física como psíquica. Es por tanto casi "obligatoria" la necesidad de un cuidador, bien familiar, bien cuidador más o menos profesional, que atienda las necesidades básicas de estos pacientes. La complejidad de la sintomatología psicogeriatrica genera con frecuencia también un importante estrés en los cuidadores, favore-

ciendo el síndrome conocido como sobrecarga del cuidador. La psicogeriatría también debe por tanto favorecer la atención de los cuidadores, con información, apoyo psicológico y asesoramiento.

➤ A nivel práctico, la psicogeriatría presenta algunas particularidades determinantes de un verdadero modelo biopsicosocial de atención:

- El envejecimiento cerebral orgánico o biológico:
 - Disminución del peso y volumen cerebral.
 - Aumento de los ventrículos.
 - Aumento de los surcos y disminución del volumen de las circunvoluciones.
 - Ovillos neurofibrilares.
 - Depósitos amiloideos
 - Atrofia y muerte neuronal (especialmente corteza e hipocampo).
- Las enfermedades somáticas que frecuentemente acompañan al envejecimiento:
 - Enfermedades neurológicas.
 - Enfermedades cardiovasculares.
 - Endocrinopatías.
 - Enfermedades osteoarticulares.
 - Asociación de dolor crónico.
- La disminución del nivel de funcionamiento.
- Los cambios sociales y psicológicos que se asocian al envejecimiento:
 - Duelos y pérdidas.
 - Jubilación.
 - Disminución de la capacidad adquisitiva.
 - Los frecuentes cambios de domicilio (ancianos golondrina).
 - Institucionalización.
 - Modificación del autoconcepto y la autoimagen.
 - Los procesos de adaptación. Estrategias de afrontamiento (*coping*).

2. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LOS ANCIANOS

Se considera que hasta el 50% de los mayores de 65 años que residen en la comunidad pueden presentar algún tipo de sintomatología psíquica que pueda generar algún tipo de malestar.

En la tabla 1 resumimos los principales datos de la epidemiología analítica sobre los principales trastornos psiquiátricos que se dan en los mayores.

3. EVALUACIÓN PSICOGERIÁTRICA

Uno de los aspectos fundamentales de la psiquiatría geriátrica se centra en la adecuada evaluación de estos pacientes.

Las premisas principales son las de la valoración geriátrica integral, que incluye:

- Valoración física.
- Valoración psíquica.
- Valoración funcional.
- Valoración social.

↑ Es imprescindible conocer los antecedentes somáticos de las personas mayores, las enfermedades que presentan y los tratamientos que reciben. En numerosas ocasiones existe una estrecha relación entre las enfermedades orgánicas y los síntomas psiquiátricos. La polifarmacia es también, con frecuencia, causante de psicopatología. Existen algunos instrumentos de evaluación de la gravedad física que

Tabla 1. Epidemiología de los trastornos mentales en los ancianos

Diagnósticos	Prevalencia	Factores asociados
Depresión mayor	5-10% (atención primaria). 10-15% (ancianos hospitalizados).	Sexo femenino. Dependencia funcional. Enfermedad crónica.
Depresión menor	10% (atención primaria). 25% (hospitalizados). 30% (residencias de ancianos).	Dolor crónico. Deterioro cognitivo. Escaso apoyo social.
Demencia	5-10% mayores 65 años. 30-35% mayores de 85 años.	Apolipoproteína E (E4/E4). Traumatismo craneoencefálico. Escasa escolarización. Síndrome de Down (Alzheimer). Factores de riesgo vascular.
Trastornos de ansiedad	10-20% (comunidad). >40% (mayores hospitalizados).	Sexo femenino. Neuroticismo. Deficiencias sensoriales. Acontecimientos estresantes. Duelo.
Síntomas psicóticos	4-10% (en la comunidad). 20-25% (residencias de ancianos).	Soledad y aislamiento social. Polifarmacia. Deficiencias sensoriales. Deterioro cognitivo. Abuso de alcohol.



son útiles para su aplicación en psicogeriatría, como el Índice Acumulativo de Enfermedad, de Bulbena y cols., adaptación al castellano del *Cumulative Illness Rating Scale*.

En la evaluación funcional debemos utilizar las escalas recomendadas desde la geriatría:

- Para las actividades instrumentales:
 - Índice de *Lawton y Brody*.
- Para las actividades básicas de la vida diaria:
 - Índice de *Barthel*.
 - Índice de *Katz*.

En cuanto a la evaluación neuropsicológica los instrumentos fundamentales utilizados en nuestro medio, y validadas en nuestro idioma, son:

- Entrevistas de diagnóstico psiquiátrico:
 - Entrevista de Cambridge para la evaluación de trastornos mentales en el anciano. Versión Revisada. (CAMDEX-R). Incluye la evaluación cognitiva con la entrevista de Cambridge (CAMCOG).
 - *Geriatric Mental State* (GMS). Entrevista psiquiátrica para el diagnóstico de trastornos mentales en el anciano, con criterios DSM IV.
- Instrumentos breves de cribaje cognitivo:
 - Miniexamen Cognoscitivo de Lobo (MEC). Versión española del *Minimal State Examination of Folstein*. Versiones de 30 y 35 ítems. Posiblemente el test cognitivo más utilizado.
 - Test de dibujo del Reloj.
 - Test de evaluación cognitiva breve de *Pfeiffer*. *Short Portable Mental State Questionnaire* (SPMSQ).
 - Set test de *Isaacs*. Test que determina la fluencia verbal para categorías de palabras.
- Evaluación de funciones predominantemente ejecutivas y frontales.
 - *Trail Making Test A y B*. Test del trazo y los números.
 - *Test de Stroop*. De colores y palabras.

- *FAB (Frontal Assessment Battery)*. Para la evaluación de funciones frontales.

- Evaluación de trastornos psiquiátricos en las demencias.
 - Inventario Neuropsiquiátrico de Cummings (NPI). Con 12 ítems que evalúan intensidad y frecuencia de los síntomas neuropsiquiátricos de los pacientes con demencia. La escala más usada para estos trastornos.
 - *Behavioral Pathology in Alzheimer Disease Rating Scale* (BEHAVE-AD).
- Evaluación de la depresión.
 - Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS). *Geriatric Depression Scale*. La más usada. Versiones en castellano de 30, 15 y 5 ítems.
 - *EURO-D*. Escala Europea de la Depresión en el Anciano. Validada en nuestro país y utilizada en los más importantes estudios epidemiológicos europeos sobre depresión geriátrica (EURODEP).
 - Escala de Cornell para la Depresión en la Demencia (*Cornell Scale for Depression in Dementia*).
- Valoración de los cuidadores.
 - Escala de Sobrecarga del cuidador de *Zarit* (*Caregier Burden Interview*)

↑ 4. LOS TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS

Aunque serán tratados en los capítulos 18 y 19, conviene recordar que los trastornos mentales orgánicos aparecen con mayor frecuencia en las personas mayores. Esto se debe fundamentalmente a dos factores:

- El propio envejecimiento cerebral. Los cambios que se producen con la edad se corresponden con el aumento de la prevalencia de los trastornos mentales orgánicos.
- La aparición de enfermedades cerebrovasculares, neurológicas, y en menor medida también de otras enfermedades somáticas (endocrino-metabólicas, tumorales...) que se asocian con patología psiquiátrica.

Dentro de los trastornos mentales orgánicos destacaremos:

- El síndrome confusional o *delirium*.
 - Caracterizado por una alteración aguda o subaguda del nivel de conciencia, con inquietud y/o agitación (*delirium* hiperactivo) o inhibición (*delirium* hipoactivo), desorientación, alucinaciones (preferentemente visuales), actividad delirante (paranoide, ocupacional), falsos reconocimientos...
 - Es un trastorno grave con elevada mortalidad.
 - El paciente tipo es una persona mayor, con pluripatología, deterioro cognitivo y sometida a cirugía (fundamentalmente ortopédica o cardíaca).
 - El *delirium* siempre tiene un origen orgánico y el tratamiento más adecuado es el tratamiento de la causa que lo desencadenó.
 - El tratamiento sintomatológico se realiza fundamentalmente con neurolépticos clásicos (haloperidol) y atípicos en casos de *delirium* inicial, subagudo o en caso de *delirium* hipoactivo.
- El deterioro cognitivo y la demencia.
 - La edad es el principal factor asociado al deterioro cognitivo.
 - El cuadro de demencia se caracteriza por alteración de las funciones superiores (memoria, lenguaje, función visoespacial, funciones prácticas...) que genera alteración funcional. En caso de que no exista esta alteración funcional debemos diagnosticar deterioro cognitivo leve.
 - Las demencias más prevalentes son: enfermedad de Alzheimer, demencias vasculares y mixtas, demencias por cuerpos de Lewy, demencias fronto-temporales y otras.
 - Los síntomas neuropsiquiátricos de las demencias aparecen en más del 90% de los pacientes a lo largo de la enfermedad. Son los que generan más demandas, la principal causa de institucionalización y los que generan mayor sobrecarga en los cuidadores. Se les ha denominado también síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con demen-

cia (SCPD), y engloban fundamentalmente 3 clúster o grupos:

- a) Síntomas psicóticos (ideas delirantes, alucinaciones, errores en las identificaciones).
- b) Síntomas afectivos (depresión, manía).
- c) Alteraciones de la conducta y el comportamiento (cambios de la personalidad, conductas anormales, agresividad/hostilidad).

Para mayor conocimiento fenomenológico de estos síndromes remitimos al lector a los capítulos 18 y 19, correspondientes a los trastornos mentales orgánicos.

↑ 5. LA DEPRESIÓN EN LOS ANCIANOS

La depresión en el anciano presenta singularidades que merecen ser destacadas. Ya se ha comentado su elevada prevalencia, que puede sustentarse en diferentes aspectos (tabla 2):

- La necesaria adaptación a situaciones frecuentes que acompañan al envejecimiento.
- Los cambios cerebrales y las enfermedades del sistema nervioso central que se asocian con depresión.
- La polifarmacia, que frecuentemente asocia fármacos de potencial depresógeno.
- La dependencia funcional.

Por ello algunos tipos de depresión se presentan con mayor prevalencia en los mayores:

- Depresión con síntomas somáticos. Dolores generalizados, cefalea, astenia, molestias digestivas, sensación de mareo ("vértigos")... Se asocian a la presentación de las depresiones en los mayores.
- Depresión con síntomas psicóticos. Las ideas deliroides de tipo paranoide, de culpa, hipocondríacas, de ruina... son más frecuentes en la depresión del anciano que en la del adulto joven.
- Depresión hostil. Las defensas psicológicas contra los síntomas depresivos, y el rechazo hacia ellos, provoca reacciones de irritabilidad



y agresividad verbal, en ocasiones dirigidas a los cuidadores.

- Depresión agitada. Acompañada de inquietud, tensión motora y hasta verdadera agitación.
- Depresión inhibida. Absoluta negligencia, negativismo, encamamiento y aislamiento del entorno.
- Depresión subsindrómica. Las depresiones menores o los síntomas depresivos que no llegan a cumplir criterios de depresión también pueden suponer un importante factor de vulnerabilidad en los ancianos.
- Depresión vascular. Concepto todavía en discusión. Hace referencia a las depresiones de aparición tardía, sin antecedentes, que cursan con mayor apatía, bradipsiquia e inhibición, pero con menor componente psicológico (menos culpabilidad, menos desesperanza, menos ideación suicida). Existen factores de riesgo vascular (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia). Y en la neuroimagen aparecen típicamente lesiones en la sustancia blanca cerebral (hiperintensidades). Suelen ser resistentes a los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina. La implicación de los circuitos fronto-subcorticales sugiere la necesidad de tratamientos noradrenérgicos y dopaminérgicos.
- Pseudodemencia depresiva. Este término, actualmente en discusión, hace referencia a las alteraciones de memoria que acompañan a los cuadros depresivos mayores de los ancianos. El bloqueo cognitivo, las dificultades de atención y concentración, generan importantes alteraciones mnésicas que pueden objetivarse en la exploración neuropsicológica. Estas alteraciones mejoran tras el tratamiento antidepresivo. Sin embargo, se ha comprobado que más de un tercio de estos pacientes desarrollan un verdadero cuadro de demencia en el seguimiento a largo plazo, concluyendo que el síndrome depresivo no era más que los pródromos de la demencia y por ello este concepto ha caído en desuso. Sin embargo su valor clínico descriptivo es incuestionable.
- Duelo. Por sus características merece especial consideración. El acompañamiento y la atención a los duelos complicados deben enmarcarse también en la tarea del psicogeriatra.

Tabla 2. Depresiones más frecuentes en los ancianos

- Depresión agitada.
- Depresión inhibida.
- Depresión hostil.
- Depresión psicótica.
- Depresión subcortical.
- Depresiones vasculares.
- Depresión y deterioro cognitivo-pseudodemencia depresiva.

6. LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS

Podríamos considerar que existe una vulnerabilidad psicótica en las personas mayores. Los factores de riesgo asociados a la presentación de síntomas psicóticos en los mayores son fundamentalmente:

- El deterioro cognitivo. En ocasiones los síntomas psicóticos como las ideas delirantes de robo, paranoides, de infidelidad, de abandono, así como los falsos reconocimientos (síndrome de Capgras, síndrome de Frégoli, intermetamorfosis, etc.), pueden ser el síntoma inicial de un síndrome demencial.
- Las alteraciones sensoriales. Fundamentalmente la hipoacusia puede favorecer la aparición de alucinaciones e ilusiones auditivas (paranoia de los sordos), y las deficiencias visuales pueden desencadenar alteraciones sensorio-perceptivas como alucinosis visual, ilusiones o verdaderas alucinaciones (enmarcadas en el conocido síndrome de Charles-Bonnet).
- El aislamiento y la soledad.
- La polifarmacia.
- Las enfermedades del sistema nervioso central.

Respecto a los síntomas alucinatorios es importante conocer que en la mayor parte de los ancianos, las alucinaciones visuales tienen una causa orgánica:

- En los pacientes con demencia son el tipo de alucinación más característica. En la enfermedad de Alzheimer el contenido más frecuente es la visualización de niños correteando alrededor del paciente. En la demencia por cuerpos de Lewy las alucinaciones visuales aparecen en

más del 90% de los pacientes y se caracterizan por ser muy coloreadas, frecuentemente de animales y personas en movimiento.

- En los pacientes mayores sin deterioro cognitivo, la presencia de alucinaciones visuales obliga a descartar deficiencia visual (recordamos el síndrome de Charles-Bonnett), patología cerebral orgánica o fármacos y drogas de potencial riesgo alucinatorio (mórficos y analgésicos centrales, antihistamínicos, psicofármacos, alcohol...).

Respecto a los trastornos delirantes también podemos destacar algunas peculiaridades fenomenológicas en los ancianos:

- Delirios paranoides. Favorecidos en los mayores por las deficiencias sensoriales (paranoia de los sordos) y también por el aislamiento, el rechazo social de la vejez...
- Delirios de infestación o parasitación. El conocido como síndrome de Ekbom. Más frecuente también en ancianos, generalmente asociado a su empeoramiento físico y a la pérdida de la autoimagen.
- Delirios hipocondríacos. Favorecidos por las enfermedades y los síntomas somáticos, el miedo a la muerte o a las enfermedades graves como el cáncer, las demencias... generan ideas sobrevaloradas que pueden terminar siendo delirantes.
- Síndrome de Cotard. De negación de órganos. El extremo de la "separación" de la vida es la negación delirante del funcionamiento de los órganos corporales. Casi exclusivo de las personas ancianas.
- Síndrome de Diógenes. De acaparamiento y acumulación de objetos inservibles y basura, hasta extremos de importante riesgo sanitario. Conducta regresiva más propia también en personas mayores.

Existe también un trastorno psicótico de inicio en la quinta o sexta década de la vida que por su perfil clínico es conocido como psicosis de tipo esquizofrénico de aparición tardía, previamente conocida como parafrenia tardía. Sus características fundamentales se exponen en la tabla 3.

Tabla 3. Características clínicas de la Psicosis de tipo esquizofrénico de inicio tardío

- Mayor prevalencia en mujeres 7:1.
- Mayores de 55-60 años.
- Aislamiento social.
- Delirios paranoides.
- Delirio de tabiques o paramentos.
- Alucinaciones elementales y elaboradas, coloreadas, muy presentes.
- Ausencia de deterioro cognitivo.

7. PSICOFARMACOLOGÍA EN LOS MAYORES

Además de los cambios asociados al envejecimiento cerebral, es necesario conocer la modificación de las funciones somáticas de metabolismo y eliminación que se producen con la edad; especialmente en cuanto al metabolismo hepático y a la función renal, lo cual supone importantes alteraciones en la farmacocinética y en la farmacodinámica de los psicofármacos.

Las benzodiacepinas pueden favorecer los cuadros confusionales, así como las alteraciones de la marcha, con el consiguiente riesgo de caídas. Usadas a largo plazo también alteran la memoria. Se prefiere las de vida media corta (lorazepam) durante periodos breves.

Los antidepresivos de inicio son preferiblemente los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), especialmente los que presentan menos interacciones (citalopram y sertralina). Sin embargo en las depresiones mayores y asociadas a patología orgánica cerebral son de primera elección los inhibidores duales de serotonina y noradrenalina (ISRSN), duloxetine y venlafaxina. Es preferible no usar tricíclicos, salvo la nortriptilina (con vigilancia cardiológica). La mirtazapina y la mianserina combinan bien con prácticamente cualquier antidepresivo, favorecen el sueño y el apetito, y son bien tolerados en los mayores.

Respecto a los neurolépticos, ha existido una polémica intensa durante los últimos años, favorecida por la publicación de estudios que alertaban de un



riesgo de eventos cerebrovasculares especialmente con la risperidona y la olanzapina. Este riesgo se ha comprobado posteriormente que es similar para todos los neurolépticos, clásicos y atípicos. A pesar de ello existe una discriminación estigmatizante en la prescripción de neurolépticos a los mayores de 75 años, precisando un informe específico de un especialista psiquiatra, geriatra o neurólogo que justifique el empleo de neurolépticos atípicos (no así de los clásicos) en este grupo poblacional. Lo realmente cierto es que los neurolépticos clásicos favorecen la sintomatología extrapiramidal (empeorando los cuadros subcorticales de los mayores), así como las complicaciones por efecto anticolinérgico (especialmente la alteración del funcionalismo cardíaco); por lo cual, salvo en las emergencias secundarias a los cuadros confusionales agudos graves, los neurolépticos de elección son los atípicos.

En la tabla 4 se detallan una serie de recomendaciones básicas para la prescripción psicofarmacológica en los ancianos.

8. ASISTENCIA PSICOGERIÁTRICA

En la actualidad no existe una uniformidad en la distribución de los servicios de psicogeriatría en nuestro país. Aunque la mayor parte de planes de salud mental incluyen de alguna forma este tipo de asistencia, los dispositivos abarcan desde las llamadas

unidades de psicogeriatría de los antiguos hospitales psiquiátricos hasta las unidades psicogeriatricas multidisciplinares que disponen de una atención en todos los niveles asistenciales.

En cualquier caso los principios recomendados por la OMS (Ginebra, 1996) plantean que la asistencia psicogeriatrica debe ser fundamentalmente:

- Comunitaria. El anciano se encuentra mejor en su ámbito y en su hogar, y por tanto es preferible mantenerlo en su contexto.
- Integral. La atención debe incluir al paciente, cuidadores (y familiares) y su entorno.
- Multidisciplinar. Debe englobar la colaboración con diferentes grupos profesionales: geriatras, médicos de atención primaria, psicólogos, enfermería, trabajadores sociales; así como agentes sociales (asociaciones de pacientes y familiares, voluntariado, organizaciones no gubernamentales que atienden a mayores...).
- Prevención. Muchos de los trastornos mentales en los ancianos presentan un curso progresivo e inexorable, por ellos las actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria deben estar enmarcadas en los programas de atención psicogeriatrica.

El modelo más adecuado debería partir por tanto de la asistencia psicogeriatrica comunitaria y desde

Tabla 4. Recomendaciones para la prescripción de psicofármacos en los mayores

1. Conocer los tratamientos que está recibiendo el paciente (valorar interacciones).
2. Evaluar los antecedentes somáticos (especialmente neurológicos y cardiológicos; así como funciones hepática y renal). Solicitar analítica y ECG si se considera necesario. Iniciar siempre el tratamiento con dosis bajas, evaluando periódicamente y aumentando poco a poco.
3. Confirmar que el paciente recibe una información clara y la comprende.
4. Contar con familiares y cuidadores que faciliten el cumplimiento terapéutico.
5. Aspectos específicos generales:
 - Benzodicepinas: restringir su empleo. Usar las de vida media corta (lorazepam) y evitar las de vida media larga (clorazepato dipotásico, diazepam).
 - Antidepresivos: iniciar con ISRS (preferiblemente citalopram o sertralina). Preferir duales (ISRSN) antes que los tricíclicos.
 - Neurolépticos: de elección atípicos, usar los clásicos en fases agudas de *delirium*. En caso de parkinsonismo preferir quetiapina y olanzapina. Informar de riegos vasculares.
 - Anticomiciales: útiles en trastornos conductuales y agresividad (ácido valpróico); también como alternativa a benzodicepinas (gabapentina).

ese ámbito enlazar con el resto de dispositivos intermedios, de hospitalización y de institucionalización, incluyendo recursos sanitarios y sociales. Algo similar a lo que proponemos en la figura 1.

Uno de los retos recientes más importante para la asistencia psicogeriátrica es el enlace con otras especialidades. La asistencia a los ancianos hospitalizados no sólo debe centrarse en la atención de los trastornos mentales orgánicos como el delirium o las complicaciones de la demencia. Para nuestros colegas existen en los pacientes mayores situaciones difíciles de manejar y que generan no sólo un importante malestar en los pacientes sino también un gran estrés entre el equipo médico. Algunas de estas situaciones difíciles en las que el psicogeriatra de enlace se debe implicar son:

- Pacientes con conductas negativistas y regresivas.
- Pacientes con negativa a la ingesta (bien por conductas de negligencia, o por síndromes depresivos o por mostrar su hostilidad...).
- Rechazo de pruebas complementarias y de tratamientos.
- Conducta anómala ante la enfermedad (problemas con el afrontamiento o *coping*).

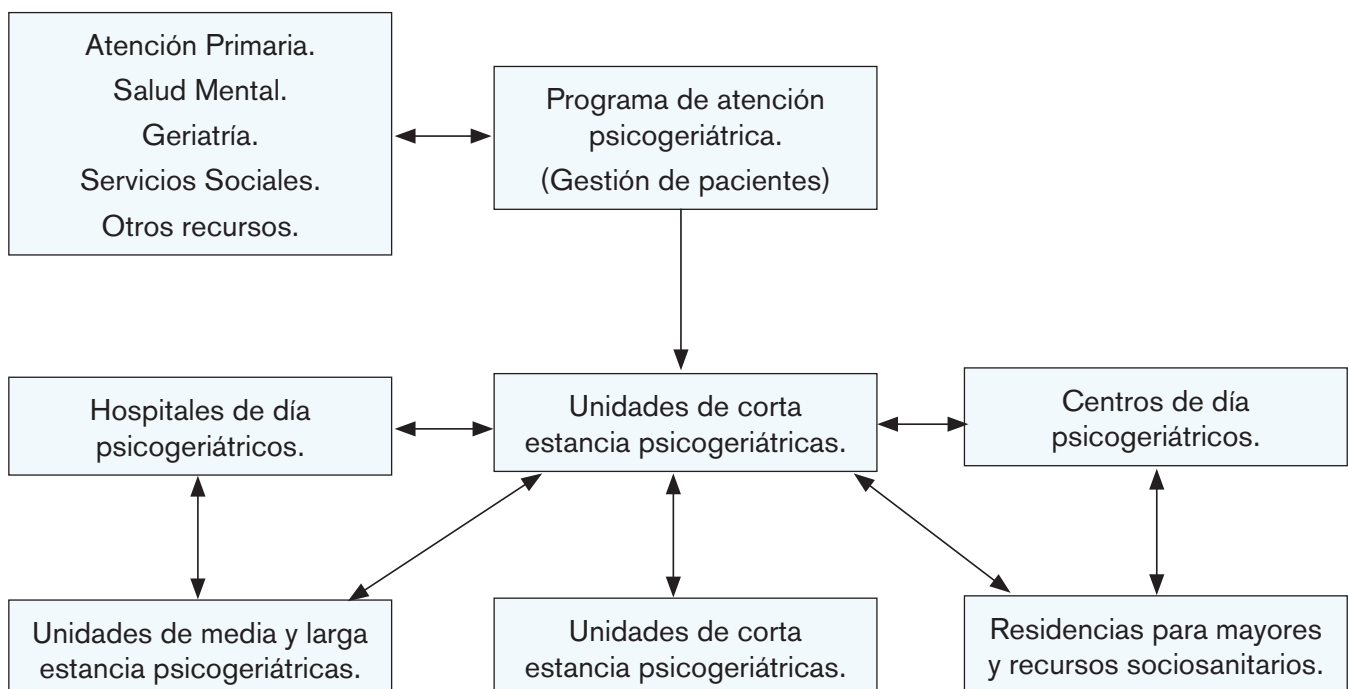
- No aceptación de la discapacidad (rechazo y/o negación).
- Enfrentamiento y proximidad de la propia muerte.
- Posibles dilemas éticos para los sanitarios: eutanasia, ideas de suicidio,...

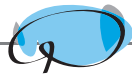
9. DOCENCIA, INVESTIGACIÓN Y FUTURO DE LA PSIQUIATRÍA GERIÁTRICA

En cuanto a la formación, a diferencia de los países anglosajones, en España no existe la posibilidad de especialización en psiquiatría geriátrica o psicogeriatría, y esta carencia se suple parcialmente con algunos másteres de psicogeriatría de reconocido prestigio nacional e internacional o formación específica sobre algunos aspectos a través de titulaciones postgrado en neuropsicología, demencias, neurociencias...

Las principales investigaciones específicas en psiquiatría geriátrica en nuestro país se han basado en los estudios epidemiológicos (el estudio *Zarademp*, estudios en Galicia, en Girona, el estudio *Psicotard*...). De estos estudios se han extraído importantes conclusiones respecto a la incidencia y prevalencia de la enfermedad mental en los ancianos españoles.

Figura 1. Dispositivos enmarcados en un programa de psicogeriatría





Quedan todavía importantes aspectos a desarrollar en las investigaciones psicogeríatras, algunos ejemplos que pueden facilitar la dirección de futuras investigaciones:

- Factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades mentales en los mayores.
- Estrategias preventivas eficaces para reducir la incidencia y la discapacidad de las patologías psicogeríatras.
- Estudio de la evolución de la personalidad en los ancianos.
- Evaluación de la psicodinámica del envejecimiento.
- Diseño de mapa de procesos en psicogeriatría.

Existen algunas asociaciones internacionales específicamente desarrolladas para el estudio de los aspectos psicogeríatras, fundamentalmente la Aso-

ciación Internacional de Psicogeriatría (*International Psychogeriatric Association*, IPA) fundada en 1982, y la Asociación Europea de Psicogeriatría (*European Association for Geriatric Psychiatry*, EAGP); además de órganos de expresión escrita (revistas) de divulgación de trabajos de investigación como la *American Journal of Geriatric Psychiatry* o la *International Journal of Geriatric Psychiatry* (vinculada a la EAGP).

La Sociedad Española de Psicogeriatría (SEPG) reúne a un colectivo de profesionales dedicados a la asistencia de los pacientes mayores con enfermedad mental. Esta sociedad realiza reuniones anuales, jornadas y congresos, demostrando una progresión importante durante los últimos años, que traduce tanto el crecimiento del grupo poblacional de los ancianos como el interés creciente de los profesionales por la formación específica en este tema. El órgano de difusión científica de la SEPG es la revista psicogeriatría. Para mayor información de estos aspectos: www.sepg.es.

RECOMENDACIONES CLAVE

La valoración psicogeríatras exige una evaluación física, psíquica, social y funcional (valoración geriátrica integral); con especial atención a los antecedentes médicos y a los tratamientos que reciben previamente los pacientes.

Los trastornos mentales orgánicos (*delirium* y demencia) son más frecuentes en los mayores. Pueden representar una urgencia médica con elevada morbimortalidad.

La prescripción de psicofármacos en los mayores debe realizarse con extrema cautela, valorando antecedentes e interacciones y comenzando siempre por dosis menores.

La asistencia en salud mental debe incluir la atención específica psicogeríatras, incluyendo programas y servicios que atiendan a pacientes y cuidadores.

10. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

OMS (Organización Mundial de la Salud). *Psiquiatría Geriátrica. Declaración de Consenso*. Ginebra. 1996.

Agüera Ortiz L, Cervilla Ballesteros J, Martín Carrasco M. *Psiquiatría Geriátrica*. 2ª ed. Barcelona: Ed. Masson. 2006.

Sánchez M, Agüera L, Martín M, Azpiazu P, Olivera J, Mateos. *Guía Esencial de Psicogeriatría*. Madrid: Ed. Panamericana. 2010.

Urretavizcaya M. *Psiquiatría en el anciano*. En: Vallejo Ruiloba J. *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría*. 6ª ed. Barcelona: Ed. Masson. 2006:849-882.

Burns A, Lawlor B, Craig S. *Assessment Scales in Old Age Psychiatry*. London: Ed. Martin Dunitz. 2004.

11. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Jacoby R, Oppenheimer C. *Psiquiatría en el anciano*. Barcelona: Ed. Masson. 2005.

De la Serna I. *Manual de Psicogeriatría Clínica*. Barcelona: Ed. Masson. 2001.

Sheehan B, Karim S, Burns A. *Old Age Psychiatry. Oxford Specialist Handbooks in Psychiatry*. New York: Ed. Oxford University Press. 2009.

Woods R, Clare L. *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing*. 2ª ed. Chichester: Wiley. 2007.

Burns A, Horan M. *Geriatric medicine for old-age psychiatrists*. Oxon (UK): Ed. Taylor & Francis. 2005.





53. DISCAPACIDAD Y ENFERMEDAD MENTAL



Autora: María Tajés Alonso

Tutor: Mario Páramo Fernández

Complejo Hospitalario Universitario de Conxo. Santiago de Compostela

CONCEPTOS ESENCIALES

Autonomía: capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

Dependencia: estado de carácter permanente en que se encuentran las personas por razones derivadas de la edad, enfermedad o discapacidad, que conlleva una carencia o pérdida de la autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisando de la atención otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria (o en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos).

Necesidades de apoyo para la autonomía personal: son aquellas que presentan las personas que tienen discapacidad intelectual o mental de cara a lograr un grado satisfactorio de autonomía personal en el seno de la comunidad.

Discapacidad: término genérico que hace referencia a, dentro de la experiencia de la salud, toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

1. DEFINICIÓN

En la actualidad el campo de la discapacidad y del funcionamiento social de las personas con una determinada condición de salud tiene vital importancia para profesionales de distintas disciplinas, así como para las instituciones y el gobierno. El interés que suscita el conocimiento de este tema se refleja en el contenido de la agenda para la investigación establecida por el comité asesor para la redacción del DSM IV, en donde la clasificación y tipificación de las discapacidades derivadas de la patología psiquiátrica es un objetivo prioritario.

2. INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

2.1. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, LA DISCAPACIDAD Y LA SALUD (CIF)

Desarrollada desde la OMS, la CIF establece un exhaustivo sistema de evaluación en el que se incluye la descripción de los siguientes aspectos:

- Alteraciones anatómicas.
- Alteraciones funcionales, dividiéndose las funciones corporales en los siguientes apartados:



- Nivel de actividad (lo que la persona sería capaz de hacer en un entorno facilitador) y nivel de participación (lo que la persona hace en su entorno actual).
- Aprendizaje y aplicación del conocimiento.
- Factores contextuales: incluyen aspectos tan diversos como el apoyo y las relaciones socio familiares, de los sistemas públicos y de protección socio sanitaria, el entorno natural, los productos tecnológicos, etc.

2.2. GUÍA PARA LA VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD DE LA AMA (ASOCIACIÓN MÉDICA AMERICANA)

Es sobre la que se fundamenta la normativa vigente que define el grado de minusvalía y la evaluación de las deficiencias permanentes. En esta obra las deficiencias relacionadas con las enfermedades mentales, y sus discapacidades, son evaluadas con arreglo a cuatro criterios básicos:

- Las actividades de la vida diaria: incluyen el autocuidado, la función sexual, sueño y actividades recreativas. Lo que se valora no es sólo el número de actividades, que es restringido, sino el grado general de restricción.
- El funcionamiento social: capacidad del individuo de interactuar y comunicarse correctamente con otros individuos. Incluye la habilidad de llevarse bien con los demás. Un funcionamiento social alterado puede demostrarse a partir de un historial de altercados, miedo a extraños, aislamiento social, etc.
- Concentración, persistencia y ritmo: habilidad de mantener focalizada la atención lo suficiente como para permitir la realización de tareas a tiempo en los lugares de trabajo.
- Deterioro en el trabajo o descompensación en medios similares: fracaso repetido para adaptarse a circunstancias estresantes. Frente a tales situaciones el individuo puede retirarse o expresar signos de un trastorno mental.

No ofrecen sistemas concretos de puntuación en el caso de las enfermedades mentales (cosa que sí ocurre con otro tipo de patologías) y recomiendan que los criterios de evaluación sean valorados de una manera conjunta.

2.3. ESCALA DE DISCAPACIDAD DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (WHO DAS)

Instrumento desarrollado a partir de la CIF pero con un enfoque multidimensional. Algunas de las características más sobresalientes de esta escala son su sencillez (si bien es necesario que los datos sean recogidos por un entrevistador) y el hecho de que valora las imitaciones que presentan los enfermos mentales independientemente del grado de gravedad de la enfermedad. Consta de 7 ítems agrupados en 3 apartados, oscilando las puntuaciones entre 0 y 5 para cada ítem.

2.4. INVENTARIO DE DISCAPACIDAD DE SHEEHAN (SDI)

Evalúa el nivel de discapacidad de los pacientes psiquiátricos. Existen dos versiones: heteroaplicada y autoaplicada. El marco de referencia temporal es el momento actual. Consta de 5 ítems que se agrupan en tres escalas; los 4 primeros ítems se puntúan con una escala Likert de 0 (no, en absoluto) a 10 (extremadamente). El ítem 5 se puntúa con una escala de porcentaje en la que el 100% significa que ha recibido todo el apoyo que necesitaba.

2.5. ESCALA DE ADAPTACIÓN SOCIAL (SOCIAL ADAPTATION SELF EVALUATION SCALE)

Validada al español por Bobes et al., que ha demostrado ser un instrumento adecuado para evaluar el ajuste social en pacientes depresivos, aunque futuros estudios deberán confirmar su sensibilidad a los efectos del tratamiento antidepresivo.

3. DISCAPACIDAD Y PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

La proporción de discapacidad debida a una enfermedad mental es de tres a cinco veces mayor que en sujetos psíquicamente sanos. El grado de discapacidad de los pacientes psiquiátricos está muy relacionado con la gravedad de la enfermedad, estando ésta en relación al decremento del funcionamiento.

En la valoración de la discapacidad asociada al padecimiento de un trastorno mental se recogerá

la disminución de la capacidad del individuo para llevar a cabo una vida autónoma, la disminución de la capacidad laboral y el ajuste a la sintomatología psicopatológica universalmente aceptada.

La discapacidad debida a enfermedad mental se manifiesta de diferente forma en el individuo, la familia y la comunidad:

- A nivel individual, existe un descenso en el rendimiento funcional, surgiendo dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria lo que redundo en una tendencia al progresivo aislamiento social.
- A nivel familiar hay que reseñar el importante impacto que ha tenido la desinstitucionalización de los enfermos mentales, no pudiendo muchos de ellos vivir solos por lo que su cuidado ha recaído en sus familias, lo que supone en muchos casos fenómenos de sobrecarga y dificultades económicas.
- La discapacidad a causa de un trastorno mental tiene repercusiones sociales de gran importancia y amplitud, ya que se trata de un grupo de población con dificultades importantes y necesidades extremas. En estos momentos no se pueden determinar con exactitud los costes directos e indirectos de la salud mental en el área comunitaria.

Teniendo como referencia el diagnóstico psiquiátrico realizado (el cual se emitirá en base a los criterios descritos en el manual DSM IV o en la CIE), los grandes grupos psicopatológicos susceptibles de valoración son: trastornos mentales orgánicos, esquizofrenias y trastornos psicóticos, trastornos de estado de ánimo, trastornos de ansiedad, adaptativos y somatomorfos, trastornos disociativos y trastornos de personalidad. A continuación desglosamos las áreas de funcionamiento característicamente afectadas en cada uno de estos grupos:

3.1. TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DISCAPACIDAD

El más estudiado en cuanto a sus consecuencias discapacitantes es la fobia social. Este trastorno afecta las relaciones familiares y sociales, el tiempo libre y el ocio, la educación y las relaciones de pareja. El rendimiento laboral también se ve seriamente afectado.

El trastorno de angustia se ve especialmente asociado a discapacidad laboral.

El padecimiento de un trastorno obsesivo compulsivo interfiere especialmente con la capacidad social, además de con la función académica, laboral, y familiar. La literatura médica no tiene una opinión unánime en la cuantificación de la discapacidad social de estos enfermos, si bien se ha llegado a comparar con la padecida por los esquizofrénicos o heroinómanos.

3.2. DEPRESIÓN Y DISCAPACIDAD

La mayor parte de los autores coinciden en señalar que los sujetos que padecen trastornos depresivos tienen mayor riesgo de presentar días con discapacidad frente aquellos asintomáticos. Estos sujetos presentan mayor deficiencia en varias áreas de funcionamiento, como son las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, junto con una mayor angustia psicológica y mayores déficits cognitivos que aquellos que no tienen ningún tipo de trastorno.

Las limitaciones en el funcionamiento de los pacientes depresivos son incluso mayores que la de otros enfermos aquejados de otros trastornos crónicos tales como la hipertensión, la diabetes, las enfermedades coronarias, la artritis, problemas gastrointestinales y enfermedades pulmonares, especialmente en el área del funcionamiento social, incrementándose en aquellos sujetos que padecen depresión junto con otro trastorno crónico.

Mencionar también el hecho de que la depresión diagnosticada clínicamente puede impedir la recuperación de sujetos afectados de una discapacidad física, haciéndose ésta más difícil a medida que la depresión se agrava.

3.3. ESQUIZOFRENIA Y DISCAPACIDAD

La discapacidad social es un fenómeno persistente en los enfermos afectados de esquizofrenia, siendo de menor grado en aquellos que no sufren de síntomas residuales, en los que cumplen mejor las prescripciones farmacológicas, contactan con más frecuencia con sus centros de salud y presentan un mayor apoyo social.

Dado que se trata de un trastorno de aparición precoz, se ha observado que aquellos sujetos en los que



la enfermedad había debutado durante la adolescencia tienen discapacidad en el área vocacional y social, junto con una elevada dependencia económica, por lo que las consecuencias son más graves que cuando la enfermedad aparece en la edad adulta.

Los sujetos que padecen esquizofrenia padecen disminución de la capacidad en otras áreas tales como la comunicación, la orientación temporal, el transporte, la economía, las compras y la ocupación laboral.

3.4. PERSONALIDAD Y DISCAPACIDAD

Aunque *a priori* podría pensarse que estos trastornos, que con frecuencia se acompañan de dificultades en la adaptación social, están asociados a discapacidad en esta área, no existe un claro consenso en este sentido en la literatura médica. Si se recoge, sin embargo, la discapacidad funcional y familiar que sufren este subgrupo de pacientes.

3.5. CONSUMO DE SUSTANCIAS Y DISCAPACIDAD

El consumo de alcohol tiene consecuencias negativas en diferentes áreas; salud física (hemopatías, alteraciones metabólicas y endocrinas, trastornos osteomusculares, digestivos y enfermedades infecciosas), salud psíquica (depresión, ansiedad, encefalopatía), discapacidad social y laboral junto con desestructuración familiar.

4. PSIQUIATRÍA Y DERECHO LABORAL

↑ La existencia de un diagnóstico médico es condición necesaria pero no suficiente para que la administración determine una invalidez. Debe de tenerse en cuenta las repercusiones de las deficiencias de cara al desarrollo de las habilidades laborales necesarias para el puesto de trabajo.

Si bien en la mayoría de las ocasiones el dictamen de la baja laboral es realizado por los médicos de atención primaria, no es infrecuente que sean derivados al equipo de salud mental. Por ello resulta de interés clarificar los siguientes conceptos:

- Prestaciones no contributivas: son a las que tienen derecho los mayores de edad que son haber cotizado a la seguridad social, y estando afectadas de una minusvalía igual o superior al 65%.

- Accidente de trabajo: toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena. Tienen esta consideración los que sufra en el desplazamiento a o desde su puesto de trabajo, las enfermedades contraídas por motivo de la realización del trabajo, los que son debidos a las tareas que el trabajador cumpla por orden del empresario aunque no pertenezcan a su categoría profesional, o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa. Es de especial relevancia el determinar un nexo de causalidad ya que en estos casos, de ser necesaria la jubilación la cantidad a percibir por incapacidad permanente es sustancialmente menor de la que se otorgaría por otra causa.
- Incapacidad temporal: es aquella situación en la que se encuentra un trabajador a consecuencia de una enfermedad común o profesional, o un accidente laboral o no laboral. El tiempo máximo es de 12 meses prorrogable seis meses más.
- Invalidez: es invalidez permanente la situación en la cual el trabajador, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones funcionales o anatómicas graves, susceptibles de determinación objetiva, y previsiblemente definitivas, que disminuyen o anulan su capacidad laboral. No será obstáculo a tal calificación la posibilidad de recuperación si ésta se estima incierta o a largo plazo. Existen diferentes grados de invalidez:
 - Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual: se entiende como tal la que ocasione al trabajador una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para dicha profesión, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales.
 - Incapacidad permanente total para la profesión habitual: inhabilita al trabajador para todas las tareas fundamentales de su profesión, siempre que pueda dedicarse a otra diferente.
 - Incapacidad permanente absoluta para todo tipo de trabajo: inhabilita para el desempeño de cualquier tipo de trabajo.
 - Gran invalidez: incapacidad permanente que necesita la asistencia de otra persona para

los actos más esenciales de la vida (comer, vestirse, desplazarse, etc.).

5. CAPACIDAD PARA LA CONDUCCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

Las personas con enfermedad mental son con frecuencia consideradas como conductores peligrosos, aunque esta afirmación no tiene base epidemiológica suficiente. Entre los factores personales (de responsabilidad del conductor) que influyen más directamente en los accidentes de tráfico destacan: el exceso de velocidad, el exceso de alcohol y la alteración de las capacidades perceptivas.

No obstante, la velocidad que cada conductor emplea está muy ligada a la capacidad de juicio, y muchos de los excesos de velocidad están ligados a limitaciones en la capacidad cognitiva. Dado que la mayor parte de las enfermedades mentales conllevan un cierto grado de disminución de la atención, baja concentración e indecisión, en una primera aproximación se podría concluir que el padecimiento de un trastorno psiquiátrico conlleva una limitación de la capacidad para la conducción y constituye una discapacidad a tener en cuenta a la hora de otorgar una licencia para la conducción.

Un planteamiento restrictivo que permitiese la conducción sólo a aquellas personas que estuvieran en plena salud psíquica y sin tratamiento farmacológico, redundaría en problemas a la hora del desempeño de la actividad laboral y promovería el concepto de discapacidad (transitoria o permanente) de forma amplia y no realista. Además, podría dar lugar a la ocultación de síntomas y al rechazo a los tratamientos prescritos de cara a mantener la licencia para la conducción. Existe un planteamiento más laxo, fruto de la imposibilidad de realizar una evaluación psiquiátrica de forma genérica.

▲ A continuación, enumeramos aquellos trastornos en los que existe algún tipo de restricción a la hora de obtener el permiso de conducción de clase A en nuestro país, remitiendo al lector al anexo IV del reglamento General de Conductores (Real Decreto 818/2009) para ampliar la información a otro tipo de permisos de conducción.

- Esquizofrenia y otras psicosis: los periodos en los que exista sintomatología alucinatoria delirante, incoherencia, pérdida de la capacidad asociativa, o conductas violentas, la obtención o renovación de la licencia no se permite. Son los periodos de estabilidad interepisódica los que dificultan una toma de decisión al respecto. Se recoge como excepción a la norma general la existencia de un informe psiquiátrico o psicológico favorable, limitándose en este caso el periodo de vigencia a un año, periodo tras el cual debería someterse a revaloración.
- Demencia y deterioro cognitivo: no se admiten casos de delirium ni de demencia. Tampoco el padecimiento de síndromes amnésicos u otros trastornos cognoscitivos que supongan un riesgo para la conducción. En este caso, de forma excepcional, y con dictamen favorable de un neurólogo o psiquiatra en el que se recoja que la situación clínica no impida la obtención o prórroga, el periodo de vigencia del permiso o licencia será como máximo de un año.
- Trastornos afectivos: no deben existir trastornos graves del estado de ánimo que conlleven alta probabilidad de conductas de riesgo para la propia vida o la de los demás, salvo cuando, excepcionalmente, exista dictamen de un psiquiatra o psicólogo favorable a la obtención o prórroga, pudiéndose en este caso reducir el periodo de vigencia del permiso o licencia según criterio del facultativo.
- Trastornos disociativos: no deben admitirse como capacitados para la conducción aquellos casos que supongan riesgo para la seguridad vial. Cuando, excepcionalmente, exista dictamen de un psiquiatra o psicólogo favorable a la obtención o prórroga, se podrá reducir el periodo de vigencia del permiso o licencia según criterio facultativo.
- Trastornos adaptativos: en caso de presentar sintomatología que dé lugar a una limitación de la capacidad de conducir, si bien la existencia de un dictamen psiquiátrico (o psicológico) favorable a la obtención o prórroga constituye una excepción, y se podría reducir el periodo de vigencia del permiso o licencia según criterio facultativo.
- Trastornos del sueño de origen no respiratorio: no se admiten casos de narcolepsia o trastornos



de hipersomnias diurnas de origen no respiratorio, ya sean primarias o relacionadas con otro trastorno mental, enfermedad médica o inducidas por sustancias. Tampoco se admiten otros trastornos del ritmo circadiano que supongan riesgo para la actividad de conducir. En los casos de insomnio se prestará especial atención a los riesgos asociados al posible consumo de fármacos. Cuando, excepcionalmente, exista dictamen facultativo favorable a la obtención o prórroga, se podrá reducir el período de vigencia del permiso o licencia según criterio facultativo.

- Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador: no deben existir trastornos por déficit de atención cuya gravedad implique riesgo para la conducción. Tampoco se admiten casos moderados o graves de trastorno disocial u otros comportamientos perturbadores acompañados de conductas agresivas o violaciones graves de normas cuya incidencia en la seguridad vial sea significativa. Cuando, excepcionalmente, exista dictamen de un psiquiatra o psicólogo favorable a la obtención o prórroga, se podrá reducir el período de vigencia del permiso o licencia según criterio facultativo.
- Consumo habitual de drogas y medicamentos: no se admite el consumo habitual de sustancias que comprometan la aptitud para conducir sin peligro, ni el consumo habitual de medicamentos que, individualmente o en conjunto, produzcan efectos adversos graves en la capacidad para conducir. Cuando, excepcionalmente y con informe médico favorable, el tratamiento no influya de manera negativa en el comportamiento vial del interesado se podrá obtener o prorrogar permiso o licencia, reduciendo, en su caso, el período de vigencia según criterio facultativo.
- Trastornos de personalidad: todos aquellos trastornos de personalidad en los que destaque la impulsividad como patrón de conducta presentan una mayor frecuencia de conducción no segura siendo los trastornos límite y antisocial los más frecuentemente implicados en accidentes. No pueden obtener la licencia aquellos pacientes que presenten conductas antisociales o de riesgo para otras personas, salvo excepción certificada por dictamen psiquiátrico o psicológico, pudiéndose reducir el tiempo de vigencia a criterio del facultativo.

RECOMENDACIONES CLAVE

Muchos padecimientos psiquiátricos distintos pueden tener como consecuencia discapacidades similares, y va a ser el grado de discapacidad lo que determine su integración social y su calidad de vida.

Resulta siempre imprescindible tener esto en cuenta, tanto a la hora de diagnóstico (hay discapacidades que pueden estar en discordancia con algunos diagnósticos), el tratamiento (la mejoría objetivable tras el inicio de un tratamiento debe incluir una evaluación de capacidad), programación de la rehabilitación, y por supuesto el pronóstico.

6. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Vázquez Barquero JL, Herrera Castanedo S, Díez Ruíz AM, Rodríguez Fernández C. Discapacidad y psiquiatría. En: Vallejo Ruiloba J. Tratado de Psiquiatría, vol. II. 1ª ed. Barcelona: Ed. Ars Médica. 2325- 2345.

Procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía (Real decreto 1971/1999).

Procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad (Real Decreto 1856/2009).

Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (Ley 39/2006).

Reglamento General de Conductores (Real Decreto 818/2009).

Ministerio del Interior. Dirección general de tráfico. Manual sobre aspectos médicos relacionados con la conducción de vehículos. 2ª ed. Madrid: Ediciones Doyma. 2004.

Weissman M, Olfson M, Gerneroff M, Feder A, Fuentes M. A Comparison of Three Scales for Assessing Social Functioning in Primary Care. *Am J Psychiatry*. 2001;158:460–466.

7. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet*. 2009 Aug 22;374(9690):635-45.

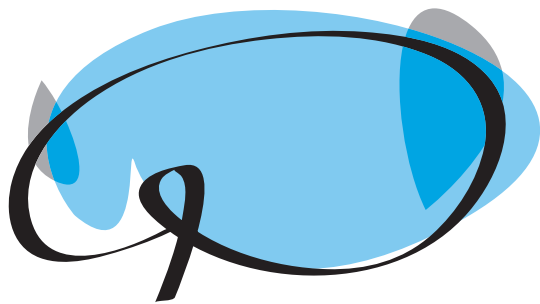
Bartels SJ, Pratt SI. Psychosocial rehabilitation and quality of life for older adults with serious mental illness: recent findings and future research directions. *Curr Opin Psychiatry*. 2009 Jul; 22(4):381-5.

Ormel J, Kempen GI, Deeg DJ, Brilman EI, van Sonderen E, Relyveld J. Functioning, well-being, and health perception in late middle-aged and older people: comparing the effects of depressive symptoms and chronic medical conditions. *J Am Geriatr Soc*. 1998 Jan;46(1):39-48.

Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H et al. Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;420:8-20.

Rapaport MH, Clary C, Fayyad R, Endicott J. Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 2005 Jun;162(6):1171-8.





MÓDULO 2.
Clínica psiquiátrica



Urgencias
psiquiátricas





54. URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS: APRENDIZAJE DEL RESIDENTE



Autores: Laura Montesinos Rueda y Eloi Giné Serven
Tutora: Penélope Vinuesa Gómez
Hospital de Mataró. Barcelona

CONCEPTOS ESENCIALES

Necesidad de desarrollar programas específicos de rotación por urgencias del residente de psiquiatría.

Tutorización acorde con las necesidades del residente.

Debe existir un sistema de evaluación que garantice que el residente adquiere los conocimientos básicos.

1. INTRODUCCIÓN

↑ La finalidad de este capítulo es describir los aspectos del aprendizaje del residente en las urgencias psiquiátricas durante su rotación. El residente de psiquiatría debe adquirir las habilidades y conocimientos necesarios para evaluar y manejar de manera adecuada los pacientes psiquiátricos que acuden a urgencias de psiquiatría.

Establecer un programa de rotación puede determinar mejor la experiencia clínica, el tiempo de duración, la docencia y la supervisión necesaria para asegurar que el residente llega a dichos objetivos.

2. ASPECTOS PRINCIPALES EN LA PLANIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE ROTACIÓN POR URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

- Objetivos del aprendizaje.
- Ubicación de las urgencias psiquiátricas.
- Período de la rotación.
- Supervisión clínica.

- Contenido del plan de estudios.
- Evaluación.

2.1. OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE

↑ Al finalizar la rotación por un servicio de urgencias de psiquiatría el MIR debe tener las habilidades y conocimientos necesarios para proporcionar asistencia, diagnóstico y tratamiento de emergencia de los individuos que sufren enfermedades psiquiátricas agudas.

Las habilidades y conocimientos principales se presentan en el siguiente esquema:

↑ 2.1.1. Habilidades prioritarias

- Cribaje de pacientes que se presentan con patología psiquiátrica aguda, reconociendo aquellos que necesitan tener prioridad.
- Reconocer y solucionar necesidades urgentes de tratamiento farmacológico, aislamiento, contenciones y vigilancia.
- Derivar pacientes que presentan síntomas psiquiátricos debidos a enfermedades médicas de



manera inmediata para una adecuada valoración médica.

2.1.2. Evaluación del paciente, interpretación de la información, manejo y tratamiento de las urgencias y habilidades en determinados diagnósticos

↑ Evaluación:

- Entrevista psiquiátrica rápida y focalizada para obtener la información necesaria.
- Examen del estado mental minucioso.
- Evaluación del riesgo/ideación suicida y heterolesiva.
- Alianza terapéutica sólida.
- Respeto y empatía con el paciente.
- Evaluación del paciente en función de las necesidades y situación de éste.
- Obtención de información colateral (de familia, otros cuidadores, informes previos, etc) cuando sea necesario.
- Solicitar pruebas de laboratorio y consulta médica, cuando sea apropiado.
- Exacto y legible informe de la evaluación.

↗ Diagnóstico e integración de la información psiquiátrica mediante:

- El establecimiento de un diagnóstico diferencial (usando DSM IV-TR).
- El establecimiento de un diagnóstico preferencial.
- Descripción breve de la situación psicosocial actual del paciente.
- Desarrollo de un plan de tratamiento y justificación de éste.

↗ Manejo y tratamiento en urgencias:

- Adecuada orientación e información al paciente y las personas de soporte.
- Instrucciones adicionales al personal para asegurar la seguridad del paciente y del propio personal (p. ej. utilizar el aislamiento, contención mecánica y/o farmacológica, correcta vigilancia del paciente etc.).

- Indicación de un correcto tratamiento farmacológico de urgencia.
- Demostración de compasión y respeto por la dignidad del paciente.
- Demostración de habilidades verbales y no verbales en situaciones complejas.
- Justificación de la necesidad de hospitalización del paciente.
- Adecuado tratamiento para el paciente que no requiera hospitalización.
- Informar de las recomendaciones del tratamiento a terceros.
- Comunicación (verbal y/o por escrito) de los hallazgos en la evaluación y la necesidad de instaurar tratamiento al paciente que cumple criterios para ser hospitalizado y al que no los cumple.
- Valorar e incluir soporte social y familiar en el plan de tratamiento.
- Facilitar recursos apropiados de la comunidad.

➡ Manejo de los siguientes diagnósticos y problemas:

- Agitación psicomotriz.
- Ideación auto y heterolesiva.
- Psicosis aguda/Tr.depresivos/Tr. de ansiedad.
- Intoxicación aguda o síndrome de abstinencia/. Tr. por abuso o dependencia de sustancias (tras una valoración médica).
- Patología dual (abuso de sustancias y alteración de Eje I o II).
- Pacientes psiquiátricos con síntomas médicos.
- Pacientes médicos con síntomas psiquiátricos.
- Exacerbación aguda de psicosis crónicas.
- Efectos secundarios de los psicofármacos.
- Trastorno por estrés agudo.
- Pacientes con trastorno mental severo y problemática social.
- Víctimas de malos tratos con sintomatología psiquiátrica acompañante.

2.1.3. Habilidades en la comunicación con otros profesionales

- Solicitar de forma adecuada el motivo de consulta.
- Valorar junto al otro profesional la toma adecuada de decisiones y las recomendaciones.
- Informar de manera adecuada (escrita y/o verbal) a los otros profesionales, centros u organismos, de nuestras recomendaciones.
- Demostrar actitud profesional y de respeto ante los otros compañeros.
- Conocer las obligaciones y responsabilidades profesionales.
- Completar la documentación requerida de forma precisa, coherente, legible y en el tiempo.

2.1.4. Habilidad en el manejo del tiempo en urgencias

2.1.5. Habilidades de comunicación y coordinación con el resto del equipo

- Realizar en el “pase de guardia” un resumen de los pacientes que en ese momento se encuentran en el servicio de urgencias de psiquiatría.
- Realizar un resumen de los pacientes que en ese momento se encuentran en el servicio de urgencias de psiquiatría para el personal que viene al final de cada turno.
- Presentar actitud empática y de colaboración con el resto del equipo.
- Informar al resto del equipo sanitario (enfermería).
- Informar sobre cambios de pautas.
- Supervisión de las pautas farmacológicas y no farmacológicas instauradas.
- Solicitar soporte de médico adjunto cuando se crea necesario.
- Demostrar flexibilidad en el manejo de trabajo complicado.
- Mantenimiento de la calma en situaciones de estrés.

2.1.6. Conocimientos sobre medicina legal

- Cuándo se debe solicitar un ingreso involuntario.

- Valorar la competencia de un paciente para aceptar o rechazar el tratamiento.
- La confidencialidad en las urgencias de psiquiatría y de las excepciones específicas incluyendo notificación de abuso/descuido infantil, abusos en ancianos, violencia doméstica, etc.

2.1.7. Conocimientos sobre el resto de los servicios de psiquiatría locales dentro del ámbito de la salud mental para una adecuada derivación

2.1.8. Psiquiatría de urgencias infanto-juvenil

- La historia clínica debe incluir un resumen del funcionamiento intelectual y emocional, y su sociabilidad, educación y funcionamiento psíquico.
- Obtención en la historia de datos sobre acontecimientos recientes como traumas, consumo de drogas y conductas disruptivas.
- Evaluación de la estructura familiar, el soporte y capacidades de la familia o institución que protege y cuida del paciente infantil.

2.1.9. Habilidades en crisis vía telefónica

- El MIR deberá aprender a escuchar cuidadosamente, mantener la calma, aconsejar de forma apropiada e informar de los recursos extrahospitales (policía, atención ambulatoria, recursos sociales...).

2.1.10. Conocimientos sobre si mismo

- Demostrar conciencia sobre las propias reacciones en situación de crisis y ante tipos de pacientes determinados.

2.2. UBICACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Dentro del programa de rotación por el servicio de urgencias se recomienda que ésta se lleve a cabo en un hospital general. Esto facilita la interacción con profesionales de otras especialidades en la valoración de pacientes en los cuales se sospecha patología orgánica.



La rotación debe permitir un ambiente en el cual el tipo de visitas psiquiátricas se caractericen por la no planificación y la naturalidad de éstas, la brevedad de la evaluación y la intensidad de la intervención.

2.3. PERÍODO DE LA ROTACIÓN POR URGENCIAS

Los residentes deberían comenzar a integrar estos objetivos desde el inicio de su formación, siendo necesario que el trabajo en las habilidades de manejo de crisis se realice desde el principio al fin de la residencia.

Se recomienda que la rotación del residente en las urgencias psiquiátricas se realice durante el primer o segundo año de la formación. Debe tener una duración mínima de dos meses a tiempo completo.

Los servicios de urgencias psiquiátricas deben ser utilizados, además, para formar residentes de otras especialidades médicas.

2.4. DOCENCIA Y SUPERVISIÓN DE LA EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE

Los residentes deben estar supervisados directamente por psiquiatras adjuntos que puedan enseñar y evaluar sus habilidades.

El facultativo que realiza la supervisión debe ser un psiquiatra acreditado y con la experiencia suficiente para proporcionar una correcta supervisión.

La supervisión debe asegurar que cada residente tenga la oportunidad de:

- Observar evaluaciones realizadas por el facultativo.
- Entrevistar pacientes con psiquiatras adjuntos.
- Ser observados mientras entrevistan pacientes y recibir consejos respecto a técnicas y estilo de entrevista.
- Recibir supervisión diaria e inmediata en los casos que lo precisen.
- Tener todos los informes leídos y consignados en el caso de los residentes de primer año.
- Asumir responsabilidades clínicas de forma progresiva.

2.5. CONTENIDOS DEL PLAN DE ESTUDIOS

Además de la supervisión de casos, es necesario un plan de estudios estructurado para repasar los temas esenciales de las urgencias psiquiátricas durante la residencia.

Esto asegura que los residentes obtengan los conocimientos de base necesarios para lograr los objetivos y familiarizarse ante situaciones urgentes.

Esta lista comprende algunos de los temas esenciales para residentes.

- Evaluación y manejo del paciente suicida.
- Evaluación, manejo y tratamiento del paciente agitado o violento.
- Delirio, alucinaciones y trastornos psicóticos en urgencias.
- Alteraciones conductuales incluyendo psicosis agudas y delirium o síndrome confusional.
- Patología médica y orgánica que causa psicosis.
- Manejo de los psicofármacos imprescindibles en las urgencias psiquiátricas.
- Reconocimiento y manejo de intoxicación por drogas y estados de abstinencia, a pesar de que lo aconsejable es una valoración médica previa.
- Aproximación a la ansiedad en pacientes de la sección médica.
- Aproximación a la depresión en pacientes de la sección médica.
- Aspectos médico legales (responsabilidades, competencia, notificación de abusos, amenazas de violencia).

Otros muchos temas pueden ser incluidos como parte del plan de estudios en las urgencias psiquiátricas (la orientación psicoterapéutica de las crisis, la evaluación y manejo del paciente geriátrico y pediátrico, y los partes de las víctimas de las agresiones sexuales).

2.6. EVALUACIÓN

El programa de rotación por urgencias requiere un sistema de evaluación que asegure que el resi-

dente logra los objetivos del aprendizaje que han sido descritos.

↑ Existe un sistema de evaluación estándar para todas las rotaciones que puede ser adaptado a la rotación por el servicio de psiquiatría de urgencias. Aun así es aconsejable que la evaluación incluya tantos aspectos de la actuación en urgencias psiquiátricas como sea posible, incluyendo la observación directa del trabajo clínico del residente, supervisión, revisión de los pacientes y de las notas escritas, del trabajo dentro de un equipo multidisciplinario, de la actuación en las llamadas, y la presentación de los pacientes en el cambio de turno.

La evaluación del residente en las urgencias psiquiátricas es más compleja debido al elevado nivel de estrés en este ambiente y la dificultad en escoger qué y cómo se evalúa.

3. CONCLUSIÓN

Es importante que exista un programa de rotación por urgencias de psiquiatría que defina unos objetivos de aprendizaje que prioricen la evaluación del paciente agudo y las habilidades en la intervención, los conocimientos requeridos y el amplio abanico de habilidades necesarias para manejar situaciones graves y agudas de manera simultánea. Aunque existen guías sobre la duración de la rotación y los componentes didácticos, los programas necesitan desarrollar un sistema acorde con las necesidades del servicio.

↔ Por lo tanto, el desarrollo de programas estructurados ayudan al residente a ver el servicio de urgencias de psiquiatría no como un ambiente desagradable, si no como una oportunidad desafiante para el trabajo clínico.

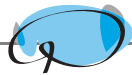
RECOMENDACIONES CLAVE

Asegurar que se lleve a cabo un programa de rotación del residente que cumple los objetivos del aprendizaje.

Realizar reuniones periódicas para asegurar que se llevan a cabo los objetivos.

Asesorar y guiar al residente en la toma de decisiones ante circunstancias complicadas que puedan surgir en la práctica clínica.

Favorecer que los residentes dispongan de autonomía suficiente para la resolución de conflictos en las urgencias sin olvidarse de la supervisión en el caso que sea necesario.



4. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

American Medical Association: Graduate Medical Education Directory, 2001-2002. Chicago: AMA. 2002:317.

The AAEP Education Committee: A model curriculum for psychiatric resident education in emergency psychiatry. *Emergency Psychiatry*. 1998;4:18-19.

MacLean TA, Bourgeois JA, Hamilton GC, Kay J. Objectives to direct the training of emergency medicine residents on off-service rotations: psychiatry. *J Emerg Med*. 1995;13:545-551.

5. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Fauman BJ. Psychiatric residency training in the management of emergencies. *Psychiatr Clin North Am*. 1983 Jun;6(2):325-34.

Brown DB, Goldman CR, Thompson KS, Cutler DL. Training residents for community psychiatric practice: guidelines for curriculum development. *Community Ment Health J*. 1993;29:271-283.

Brasch JS, Ferencz JC. Training issues in emergency psychiatry. *Psychiatr Clin North Am*. 1999;22:941-954.

Muhlbauer HG. Teaching trainees in turbulent settings: a practical guide. *Emergency Psychiatry*. 1998;4:28-30.



55. URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS. URGENCIAS E INTERVENCIÓN EN CRISIS



Autoras: Amanda Trigo Campoy y Laura Ruiz de la Hermosa Gutiérrez
Tutora: Ana Isabel González López
Hospital Universitario de Móstoles. Madrid

CONCEPTOS ESENCIALES

Urgencia psiquiátrica es la perturbación en el pensamiento, los sentimientos o la conducta, que requiere una intervención terapéutica inmediata.

La intervención psiquiátrica urgente consta de: anamnesis, exploración física y pruebas complementarias, exploración psiquiátrica, orientación clínica y plan de tratamiento.

Ante una urgencia psiquiátrica siempre hay que descartar organicidad.

1. INTRODUCCIÓN. URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

Podemos definir una urgencia psiquiátrica como la perturbación en el pensamiento, los sentimientos o la conducta para la que se necesita una intervención terapéutica inmediata. Generalmente los síntomas son agudos e intensos, se han producido durante las últimas horas o días, y en ocasiones suponen la descompensación o reagudización de un trastorno preexistente.

Las urgencias psiquiátricas suponen del 1-10% del total de las urgencias generales, y de ellas, aproximadamente una cuarta parte van a terminar siendo un ingreso hospitalario.

Uno de los objetivos más importantes para el psiquiatra de urgencias es realizar un correcto cribado de lo orgánico, es decir, determinar si el problema es puramente psiquiátrico, aparentemente psiquiátrico pero de otra naturaleza, o una combinación de ambos.

Por este motivo, las urgencias psiquiátricas deberían compartir un espacio común con las urgencias medicoquirúrgicas generales, para poder garantizar una asistencia correcta a todos los pacientes.

2. EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA URGENTE

El objetivo fundamental de una evaluación psiquiátrica en el ámbito de la urgencia es la adecuada valoración de un paciente en crisis, con el fin de realizar una aproximación diagnóstica inicial, identificar los factores precipitantes y las necesidades inmediatas, iniciar un tratamiento o remitir al paciente al ámbito terapéutico más adecuado.

La evaluación psiquiátrica urgente debe incluir los apartados correspondientes a cualquier historia clínica.

Es importante asimismo, realizar un correcto triaje (del francés "selección") previo, donde se identifiquen los problemas que puedan comprometer la integridad del paciente o de las personas de su entorno: patología médica que entrañe riesgo vital y el alto riesgo de violencia.

2.1. ANAMNESIS

- Motivo de consulta y a petición de quién se realiza. Con quién y cómo nos llega el paciente. Datos de filiación.



- Antecedentes personales médicos y psiquiátricos, así como de consumo de tóxicos (especificar tipo, cantidad diaria, frecuencia, periodos y efectos).
- Antecedentes familiares.
- Historia de la enfermedad actual, haciendo hincapié en la secuencia de presentación de los síntomas, en la exploración de factores precipitantes (personales, interpersonales o situacionales), los manejos terapéuticos previos y la respuesta a estos.

2.2. EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En todos los pacientes deben tomarse de inicio, los parámetros vitales fundamentales (tensión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura).

Conviene además realizar una exploración neurológica básica y considerar otras pruebas complementarias según la clínica que presente cada paciente: análisis de sangre con HG y BQ; análisis de orina (elemental, sedimento, fármacos y tóxicos); radiografía de tórax; ECG; EEG; neuroimagen; punción lumbar.

2.3. EXPLORACIÓN PSIQUIÁTRICA

Es el instrumento fundamental en toda evaluación urgente. La información proviene tanto de la comunicación verbal como de la no verbal del paciente. Es conveniente también recoger toda la información posible de los acompañantes o terceros presentes o por vía telefónica. Hay que informar al paciente de que se va a recoger esta información, y solicitar su permiso en la medida de lo posible.

2.3.1. Exploración psicopatológica urgente

- Descripción general.
- Apariencia (indumentaria, nivel de aseo, complejión), actitud hacia el examinador, colaboración, lenguaje no verbal (contacto visual), conducta (dramatismo, minimización, ocultación, simulación).
- Sensorio e intelecto.
- Nivel de conciencia (trastornos cuantitativos: obnubilación, somnolencia, sopor, coma. Trastornos cualitativos: fluctuación, confusión, esta-

do crepuscular y estupor), orientación, atención y memoria, impresión del nivel de inteligencia.

- Lenguaje y habla.
- Pensamiento.
- Alteraciones en el curso, forma y contenido del pensamiento.
- Alteraciones de la percepción.
- Emociones, humor y afectividad.
- Psicomotricidad.
 - Detección de trastornos extrapiramidales (temblor, parkinsonismo, distonías, discinesias tardías, acatisia).
 - Alteraciones de la psicomotricidad (manierismos, estereotipias, automatismos, catalepsias, agitación, inhibición...)
- Control de impulsos.
- Signos de auto o heteroagresividad.
- Ritmos biológicos: apetito, sueño, sexualidad, ciclo menstrual, otros.
- Criterio de realidad y juicio. Conciencia de enfermedad.

2.4. ORIENTACIÓN CLÍNICA Y PLAN DE TRATAMIENTO

La orientación diagnóstica en urgencias será siempre una aproximación sindrómica, evitando los juicios clínicos categóricos.

En la actitud al alta habrá que tener en cuenta:

- Destino al alta (con quién se va, a dónde, cómo, dónde se va a hacer el seguimiento).
- Circunstancias que indicarían acudir de nuevo a la urgencia o al médico correspondiente.
- Conductas a seguir por el paciente y acompañantes al alta.
- Tratamientos psicofarmacológicos administrados en la urgencia y los pautados al alta.

3. PATOLOGÍA ORGÁNICA EN LA URGENCIA PSIQUIÁTRICA

Cualquier síntoma psiquiátrico puede estar causado o exacerbado por un trastorno médico. Muchas pato-

logías médicas, algunas de ellas con riesgo vital, pueden manifestarse con alteraciones del estado mental que asemejan enfermedades psiquiátricas. De ahí la importancia de descartar siempre patología orgánica. El diagnóstico psiquiátrico sólo debería realizarse tras considerar las posibilidades orgánicas (tabla 1).

↑ Características sugerentes de organicidad:

- Comienzo reciente o brusco, sin historia previa de enfermedad psiquiátrica.
- Síntomas en pacientes mayores de 65 años.
- Sintomatología psicótica en mayores de 45 años sin antecedentes previos.
- Enfermedad médica o lesiones intercurrentes.
- Sintomatología psiquiátrica atípica.
- Abuso de drogas o fármacos.
- Alteraciones perceptivas no auditivas.
- Síntomas neurológicos (incontinencia de esfínteres, alt. pupilar...).
- Fluctuaciones o alteraciones de la conciencia, desorientación, alteración de la atención, memoria y concentración.
- Trastornos del movimiento, marcha o lenguaje. Características catatónicas.

4. SÍNDROMES PRINCIPALES EN LA URGENCIA PSIQUIÁTRICA

4.1. COMPORTAMIENTOS AUTOLÍTICOS (ver capítulo correspondiente)

4.2. AGITACIÓN Y COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS (ver capítulo correspondiente)

4.3. CRISIS DE ANGUSTIA

La ansiedad en uno de los motivos más frecuentes en urgencias. Se puede presentar acompañando a enfermedades médicas, junto a los trastornos psiquiátricos o como entidad aislada.

➤ En este último caso se denomina crisis de angustia y consiste en episodios breves de intensa ansiedad, aparición espontánea y unos 30 min. de duración. Su prevalencia se sitúa entre 1,5-2%, más frecuente en mujeres al inicio de la edad adulta (tabla 2).

Tabla 2. Manifestaciones clínicas de la ansiedad

Síntomas físicos	Síntomas psíquicos
Palpitaciones, taquicardia.	Desrealización, despersonalización.
Sudoración.	Miedo a perder el control o volverse loco.
Temblores.	Sensación de muerte inminente.
Disnea, sensación de ahogo.	Sensación de inestabilidad.
Opresión o dolor torácico.	
Náuseas, vómitos.	
Mareo, vértigo.	

Generalmente, la primera crisis es espontánea y es preciso realizar una exploración física completa y pruebas complementarias que al menos incluyan ECG, analítica y tóxicos. Existen muchas enfermeda-

Tabla 1. Patologías orgánicas que más frecuentemente aparecen en las urgencias psiquiátricas

	Síntomas psiquiátricos	Síntomas somáticos
Crisis epiléptica	Confusión, síntomas psicóticos, disociativos, catatónicos, agresividad, alteración de la conducta.	Movimientos tónico-clónicos, alteraciones sensoriales, aura.
Tumores cerebrales	Ansiedad, euforia, incontinencia.	Focalidad neurológica.
Hipoglucemia	Ansiedad, confusión, agitación.	Taquicardia, sudoración, temblor.
Hiper glucemia	Ansiedad, agitación, delirium.	Fetor cetónico, náuseas, vómitos.
Hiponatremia	Confusión, letargia, alt.personalidad.	Polidipsia, sed, convulsiones.
Hipotiroidismo	Depresión, apatía, sínt.psicóticos.	Bocio, estreñimiento, piel seca...



des médicas y potencialmente mortales que cursan con ansiedad (tabla 3).

Tabla 3. Enfermedades que pueden cursar con ansiedad

Hipertiroidismo o hipotiroidismo.	Colagenosis.
Feocromocitoma.	Brucelosis.
Crisis hipoglucémicas.	Déficit vitamina B ₁₂ .
Hipercortisolismo.	Pelagra.
Intoxicación cafeína, cocaína y anfetaminas.	Esclerosis múltiple.
Abstinencia de sedantes-hipnóticos.	Neoplasias cerebrales.
Intoxicación metales pesados.	Crisis parciales complejas.
Embolia pulmonar.	EPOC.

Tratamiento:

- ➡ Benzodiacepinas vía oral y de vida media-corta.
 - 0,5 mg alprazolam ó 1-2 mg loracepam.
 - Repetir a los 30 minutos si no remite.
- ➡ Crear un entorno de confianza y tranquilidad donde explicar al paciente el origen vegetativo de sus síntomas.
- Proporcionar una bolsa de plástico para que inspire y espire dentro con el fin de prevenir una crisis de tetania secundaria a hiperventilación mantenida.

4.4. URGENCIAS RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE TÓXICOS

4.4.1 Urgencias relacionadas con el consumo de alcohol

➡ El consumo de alcohol es un importante problema sanitario y social. Gran parte de la patología médica que se atiende en un servicio de urgencias deriva de su ingesta (encefalopatías, hemorragias digestivas...), y hasta un 32% de los pacientes que acuden a urgencias psiquiátricas están intoxicados (tabla 4).

Tabla 4. Manifestaciones clínicas de la intoxicación etílica

Gravedad	Alcoholemia (mg/dl)	Clínica
Leve.	20-80	Desinhibición, disforia/euforia, sociabilidad, confianza.
Moderada.	80-130	Sedación, bradipsiquia, disartria, torpeza, alt.conducta.
Grave.	130-300	Obnubilación, deterioro funciones SNC, broncoaspiración.
Muy grave.	> 300	Estupor, coma.
Evaluación: requiere valoración y tratamiento por parte de los servicios de medicina interna.		

4.4.2. Intoxicación patológica

Aparecen con pequeñas cantidades de alcohol y generalmente en individuos con patología previa (déficit enzimáticos, lesiones orgánicas cerebrales, epilepsia, psicosis...). Suelen provocar agitaciones con agresividad.

- Manejo:
 - Medidas conductuales, contención mecánica si es precisa.
 - 5 mg haloperidol im. Repetir a los 20-30 min si no hay sedación.
 - 100-200 mg tiaprida im. Repetir cada 20-30 min (máx. 800 mg).
 - ➡ Evitar neurolépticos sedativos y benzodiacepinas.

4.4.3. Síndrome de abstinencia

Aparece en dependientes de alcohol tras la deprivación brusca, parcial o total, de la ingesta de alcohol. Los síntomas suelen comenzar entre 4-12 horas después de la última ingesta, alcanzando su mayor intensidad en las primeras 48 horas y mejorando a partir del cuarto o quinto día.

↑ Es siempre una urgencia médica que requiere tratamiento enérgico y rápido por su potencial evolución a delirium o crisis comiciales.

Clínica: los síntomas iniciales son taquicardia, sudoración, HTA... El cuadro puede progresar apareciendo además dificultad para la marcha, hiperreflexia e inquietud psicomotriz. Cuando la abstinencia es severa puede aparecer el *delirium tremens* (5% de las abstinencias, generalmente a partir de las 72 h) en el que se añaden crisis convulsivas, ilusiones o alucinaciones (típicas las visuales, de insectos pequeños o microzoopsias), intensa angustia, ideas delirantes (ocupacionales), insomnio, agitación psicomotriz y alteración de la conciencia. La clínica suele ser fluctuante, empeorando por la noche.

➔ Un *delirium tremens* establecido tiene una mortalidad sin tratamiento del 20% y del 5% con tratamiento.

■ Tratamiento:

El mejor tratamiento para la abstinencia es la prevención. Una vez iniciada la abstinencia el tratamiento irá dirigido a:

- Reposición vitamínica (previene Encefalopatía de Wernicke):
- 1 ampolla tiamina/d durante 3 días + complejo vitamínico B₁-B₆-B₁₂/8 h durante 10 días. Conviene añadir ácido fólico.

- Control del equilibrio hidroelectrolítico (incluir calcio y magnesio), y de las complicaciones orgánicas.

■ Sedación:

Pautas posibles: diazepam 10 mg/8 ó 6 h; clorazepato 50 mg/8 ó 6 h; clometiazol 7-16 cápsulas/d repartidas en 3 ó 4 tomas. En caso de *delirium tremens* se usarán dosis más elevadas.

4.4.4. Otros tóxicos (tabla 5)

Tanto la intoxicación como la abstinencia a tóxicos requieren en general tratamiento por parte de los servicios de medicina interna.

5. INTERVENCIÓN EN CRISIS

➔ La crisis presupone una situación en la que, según el término chino que la representa, se combina peligro y oportunidad.

➔ Una crisis es una situación temporal de desorganización, caracterizada por incapacidad del individuo para manejar problemas con los recursos habituales y obtener resultados.

5.1. TIPOS

- Circunstanciales: son inesperadas, aparecen de forma repentina y existe un factor precipi-

Tabla 5. Otros tóxicos


	Intoxicación	Abstinencia
Opiáceos.	Miosis, bradicardia, depresión SNC, hipotermia, convulsiones.	Lagrimo, rinorrea, activación adrenérgica, midriasis, calambres, vómitos, anorexia...
Cocaína.	Activación adrenérgica, agitación, síntomas psicóticos, hipertermia.	Craving, disforia, ansiedad, fatiga, cefalea hiperexia, irritabilidad, depresión.
Anfetaminas.	Similares a intoxicación con cocaína.	Ansiedad, disforia, temblor, sudoración, calambres, hambre, depresión.
Alucinógenos.	Ilusiones visuales, labilidad, hiperactividad adrenérgica.	En general no aparece.



tante. Se clasifican según tengan relación con la salud, muerte, violencia, desastres, guerras y familia o economía.

- Ligadas al desarrollo: vividas por la mayoría de las personas aunque con distinto grado de conflictividad o desorganización. Son más predecibles.

Valoración e intervención: el tratamiento debe tener dos partes.

-  La primera fase se desarrolla en urgencias y consiste en apoyo psicológico. Esta intervención consta de cinco pasos:
 - Contacto psicológico: invitar al paciente a hablar, proporcionar calma.
 - Examen de las dimensiones del problema: indagar sobre acontecimiento precipitante, funcionamiento previo, recursos sociales, futuro inmediato.
 - Análisis de posibles soluciones: preguntar por soluciones previas, explorar las actuales, proponer alternativas, redefinir el problema
 - Ejecución de la acción concreta: si hay riesgo de muerte la actitud debe ser directiva, y si no hay riesgo consiste en ayudar a la persona a dar algún paso en el manejo de la crisis.
 - Asegurar un seguimiento del paciente.
- La segunda fase precisa de una psicoterapia breve.

5.2. SITUACIONES ESPECIALES

5.2.1. Duelo

La intervención consiste en facilitar el duelo, permitiendo el alivio del sufrimiento, fomentando la aflicción y los sentimientos ocasionados por la pérdida. El médico se mostrará calmado y seguro, con actitud flexible y empática, tolerando la tristeza del paciente.

- ▶ Nunca debe darse al que está elaborando un duelo el papel de enfermo, salvo que lo sea.

5.2.2. Pérdida de empleo y jubilación

Estas pérdidas comprometen la autoestima y casi siempre se acompañan de ira. Hay una pérdida del

rol asociado a la identidad. En el caso de pérdida de empleo, hay que ayudar a redefinir de forma racional la importancia en cada persona y prepararlo para la puesta en acción adecuada. En la jubilación, hay que ayudar a desvincular el trabajo de la recompensa monetaria reidentificándolo con el placer.

5.2.3. Pérdidas amorosas

En estas pérdidas participan sentimientos de pérdida de autoestima y rol, y con frecuencia ira. Es necesario reconocer la pérdida y soportar el dolor. Es importante que el paciente reclute los apoyos familiares y amistosos y recordarle las capacidades y valores que posee. El aplazamiento del dolor o inicio de otra relación sin solución de continuidad suelen causar cronicidad, cerrándose la crisis en falso. Cada ser humano se recupera a un ritmo.

5.2.4. Robos, asaltos y violación

Los pacientes pueden tener sentimientos de indefensión, rabia, suciedad, culpa, minusvalía, vergüenza y tendencia a la desconfianza. Se les debe comunicar que conocemos sus sentimientos, invitándolos a su expresión mediante una actitud empática, respetando su silencio, sin forzar la entrevista. Informarles de la lenta recuperación psicológica y posibles secuelas. La decisión de iniciar acciones legales es personal, pero la contención durante la misma también puede precisar de ayuda especializada.

5.2.5. Catástrofes

Supone la presentación súbita de un suceso dramático e inesperado. El desastre casi siempre sobrepasa las expectativas y recursos psíquicos del individuo, lo más frecuente es que llegue a urgencias en un estado de desorganización extremo, con labilidad, ansiedad, temor y una sensación de incredulidad, perplejidad y vulnerabilidad. Existen sentimientos de impotencia y culpa. La intervención debe encaminarse a la recuperación del control y la seguridad.

6. MARCO LEGAL EN LA URGENCIA PSIQUIÁTRICA

Dentro de las urgencias en general, la urgencia psiquiátrica presenta algunas peculiaridades. La

enfermedad mental se acompaña de síntomas que pueden alterar las capacidades mentales generando situaciones de riesgo para el paciente y para otros.

➡ El término competencia para Simón Lorda (1997): *“es la capacidad del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, para, a continuación, tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su propia escala de valores”*.

➡ Las implicaciones de la Ley Básica de Autonomía (ley 41/2002) en relación a la actuación en urgencias dependerá de que se considere al paciente capaz o no de decidir. Se establecen dos supuestos:

- En los casos donde el paciente es competente para tomar decisiones éste tiene que consentir la actuación que afecte a su salud. El artículo 9, apartado 2 contempla dos situaciones en las que el facultativo podrá llevar a cabo las intervenciones sin necesidad del consentimiento del paciente.
 - Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la ley.
 - Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psiquiátrica del enfermo

y no es posible conseguir su autorización, consultando si es posible a los familiares o personas vinculadas.

➡ Dejar constancia de esta circunstancia en la historia clínica del paciente.

- En el apartado 3 del artículo 9, se hace referencia a los supuestos en los que se otorga el consentimiento por representación:
 - Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, según criterio del médico o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de la situación.
 - Cuando el paciente está incapacitado legalmente. Será el representante legal quien otorgara el consentimiento.
 - Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectualmente ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. El consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Si el menor está emancipado o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación.

RECOMENDACIONES CLAVE

La realización de una historia clínica completa es fundamental (anamnesis, exploración física y pruebas complementarias, y exploración psiquiátrica) para realizar un diagnóstico sindrómico y establecer un plan de tratamiento.

La urgencia psiquiátrica presenta una alta morbimortalidad, por lo que requiere una intervención correcta y eficaz.

Un buen manejo de la intervención en crisis pronostica una resolución favorable de la misma.



7. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Palomo T, Jiménez-Arriero MA. Manual de Psiquiatría. Madrid: Ed. Ene Life Publicidad S.A. y Editores. 2009.

Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C. Tratado de Psiquiatría, volumen II. Barcelona: Ed. Ars Médica. 2005.

Chinchilla A, Correas J, Quintero FJ, Vega M. Manual de Urgencias Psiquiátricas. Barcelona: Ed. Masson. 2006.

Kaplan HI, Sadock B. Manual de Psiquiatría de Urgencias. Buenos Aires: Ed. Panamericana, reimpresión. 1999.

Almenta E, González T, Rojano P. Cuestiones sobre Psiquiatría Legal, módulo II. Luzán 5. S.A. de Ediciones. 2008.

8. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Hyman SE. Manual de Urgencias Psiquiátricas. Barcelona: Ed. Salvat. 1987.

Rubio G, Mata F, Santo-Domingo J. Urgencias relacionadas con el consumo de alcohol. En: Rubio G, Santo-Domingo J. Guía práctica de intervención en alcoholismo. Madrid: Ed. Dupont Farma. 2001.

Bellak L, Small H. Manual de Psicoterapia breve, intensiva y de urgencias. México: Editorial Pax. 1980.

Worden W. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Ed. Paidós. 1997.

Salazar M, Peralta C, Pastor J. Tratado de Psicofarmacología: bases y aplicación clínica. Madrid: Ed. Panamericana. 2004.



56. AGITACIÓN Y COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS



Autoras: Ariadna Compte Güell y Mariona Guardia Sans
Tutora: Amalia Guerrero Pedraza
CASM Benito Menni Sant Boi de Llogregat. Barcelona

CONCEPTOS ESENCIALES

La etiología puede ser tanto orgánica como psiquiátrica.

La correcta evaluación clínica es fundamental.

El tratamiento varía en función de la etiología de la agitación.

1. DEFINICIÓN

Entendemos por agitación psicomotriz un síndrome con diferentes etiologías consistente en un estado de exaltación motora (inquietud, gesticulación, deambulación...) compuesto por movimientos automáticos o intencionales pero que en general carecen de un objetivo común.

Es importante distinguir el paciente agitado del paciente agresivo. Este último presenta hostilidad y tendencia a la destrucción pudiendo llegar a presentar auto y/o heteroagresividad. Estos pacientes presentarían dificultades en el control de impulsos en cambio en el paciente agitado se trataría de una alteración de la psicomotricidad. Por lo tanto, es importante saber que la agresión no es un síntoma principal de la agitación y que la frecuencia con que la agitación está asociada a la agresión se desconoce. Se han realizado varios estudios donde se ha demostrado que la prevalencia de presentar conductas violentas hacia otros individuos en los hospitales psiquiátricos antes del ingreso es aproximadamente del 10%.

La agitación psicomotriz está considerada como una urgencia psiquiátrica y por lo tanto requiere una respuesta rápida y coordinada del personal sanitario, lo que evitará un incremento de ansiedad y probable

comportamiento violento por parte del paciente, así como lesiones a él mismo (autolesivas), a otros pacientes o al equipo sanitario (heterolesivas).

2. ETIOLOGÍA

Como hemos comentado, la agitación psicomotriz puede ser manifestación de diferentes trastornos, tanto psiquiátricos como somáticos. Por este motivo, el primer paso a seguir ante un episodio de agitación psicomotriz consistiría en realizar un correcto diagnóstico etiológico.

↑ 2.1. AGITACIÓN ORGÁNICA

Suele tratarse de un cuadro de inicio agudo o subagudo en un paciente (frecuentemente de edad avanzada) habitualmente sin historia psiquiátrica previa. Dentro de este grupo destacaría el *delirium* o cuadro confusional agudo, que suele caracterizarse por alteraciones de la conducta junto con:

- Alteración de la consciencia.
- Desorientación témporo-espacial.
- Confusión mental.
- Discurso incoherente.



- Dificultad para la marcha.
- Hiperexcitabilidad muscular.

➤ Además pueden existir otros síntomas asociados como alucinaciones visuales (bastante específico), actividad ocupacional e ideación delirante (de perjuicio más habitualmente). Un signo bastante característico de causa orgánica es la fluctuación del cuadro a lo largo del día con agitación o empeoramiento de los síntomas durante la noche.

En la exploración física pueden presentar diferentes alteraciones como fiebre, taquicardia, sudoración, focalidad neurológica, etc.

En las exploraciones complementarias pueden observarse alteraciones tanto en los parámetros de la analítica como en la neuroimagen (tabla 1).

↑ 2.2. AGITACIÓN PSIQUIÁTRICA

Habitualmente el paciente tiene antecedentes psiquiátricos previos y presenta clínica característica

➤ Tabla 1. Causas de agitación orgánica

Enfermedades	Intoxicaciones	Síndromes de abstinencia
<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones de electrolitos. - Hipoglucemia. - Endocrinopatías. - Infecciones sistémicas y/o del SNC. - Ciertas anemias. - Insuficiencia respiratoria. - Insuficiencia cardíaca. - Insuficiencia hepática (encefalopatía hepática). - Insuficiencia renal (encefalopatía urémica). - Traumatismos craneoencefálicos y politraumatismos. - Estados postoperatorios. - Crisis parciales. - Estados postictales. - Tumores intracraneales o diseminados. - Demencia. - Fármacos: levodopa, digital, cimetidina, ranitidina, anticolinérgicos, antihistamínicos, antiepilépticos, corticoides, benzodiazepinas, neurolépticos sedantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alcohol. - Estimulantes (cocaína, anfetaminas y otros). - Cannabis. - Neurolépticos. - Benzodiazepinas. - Anticolinérgicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alcohol (<i>delirium tremens</i>). - Benzodiazepinas. - Opiáceos. - Otros.

de alguna patología psiquiátrica, por ejemplo alucinaciones auditivas (raramente visuales que son más propias como ya se ha comentado previamente de las agitaciones orgánicas), ideación delirante de perjuicio (esquizofrenia, trastorno delirante...) o megalomaniaca (manía), alteraciones de la afectividad (disforia, euforia...), hostilidad o agresividad, discurso vociferante, verborreico o disgregado, etc.

En este caso, no existen alteraciones en el nivel de conciencia ni en la orientación y normalmente el cuadro no suele fluctuar (tabla 2).

2.3. AGITACIÓN MIXTA

Se combina enfermedad psiquiátrica con orgánica, generalmente como consecuencia de intoxicaciones etílicas y/o por otros tóxicos.

Tanto los pacientes afectos de demencia como de retraso mental es frecuente que presenten episodios de agitación psicomotriz como respuesta a un malestar subjetivo como dolor, fiebre, estreñimiento o cualquier otro síntoma que le genere molestias.

Tabla 2. Causas de agitación no orgánica

Psiquiátrica	
Psicótica: – Esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo. – Episodio maniaco. – Episodio depresivo: en casos de depresión agitada que suele ser más frecuente en ancianos y niños. – Trastorno delirante (paranoia).	No psicótica: – Crisis de angustia. – Trastornos de la personalidad principalmente histriónica, límite y paranoide. – Alteración de conducta en pacientes con retraso mental o demencia (distinguir del <i>delirium</i> superpuesto a la demencia).
No psiquiátrica	
Situación desencadenada por un estresor agudo como por ejemplo reacciones de duelo, situaciones catastróficas (inundaciones, incendios, violaciones...) y situaciones de desconexiones ambientales (UCI...).	

Otra situación que tiene que tenerse en cuenta por la posibilidad de confusión con un cuadro de agitación son los pacientes traídos por las fuerzas de orden público en contexto de conductas delictivas. En estos casos hay que descartar psicopatología y por supuesto organicidad asociada.

3. EVALUACIÓN Y ABORDAJE

3.1. MEDIDAS DE SEGURIDAD

El primer paso a seguir ante una agitación psicomotriz sería intentar mantener la integridad física del paciente y del personal que le atiende manteniendo una distancia de seguridad prudencial con el paciente, preservando una vía de salida de fácil acceso y realizando la entrevista en un lugar tranquilo, sin sobrestimulación externa, alejado de otros pacientes, y, sobretodo, donde no existan instrumentos que puedan utilizarse como armas. Debemos solicitar la colaboración de auxiliares, personal de seguridad o policía antes de empezar la exploración psicopatológica si sospechamos una posible agitación por parte del paciente. Existen una serie de factores predictores de auto/heteroagresividad o riesgo inminente de agitación psicomotriz:

- Aumento creciente de la actividad motora.
- Presencia de gestos y actitudes violentas: amenazas verbales, gritos o exhibición de violencia sobre objetos.
- Sospecha de consumo de tóxicos.

- Antecedentes de conducta violenta previa.
- Presencia de clínica alucinatoria.

Un segundo paso a seguir consiste en valorar la presencia de síntomas somáticos de riesgo vital que requiriesen intervención más inmediata (deterioro de constantes vitales, alteración de la conciencia y/o presencia de alucinaciones visuales). En la medida de lo posible tiene que llevarse a cabo una exploración general del paciente a nivel somático junto con una valoración neurológica y, si los medios nos lo permiten, realización de una analítica de sangre.

3.2. CONTENCIÓN VERBAL

Debe recogerse la máxima información posible del paciente, familiares o acompañantes para la correcta filiación del caso, por este motivo éste sería el primer paso dentro de todo proceso. Es importante mostrar interés por su problema, empatizar y en algunos casos puede ser beneficioso ganarse su confianza preguntando cuestiones no relacionadas con el motivo de su presencia a urgencias. Se debe mantener un tono de voz suave, calmado, seguro y firme. No se deben tener prejuicios. No conviene situarse por encima del nivel del paciente ya que esto puede ser interpretado como una provocación.

3.3. CONTENCIÓN MECÁNICA

Esta medida es necesaria en primer lugar si el paciente presenta un peligro para sí mismo y para otras personas y cuando se precisa la realización de una

exploración física y/u obtención de pruebas complementarias para un abordaje etiológico del cuadro. De manera periódica se deberá comprobar su estado para garantizar su comodidad y seguridad ya que en ocasiones, el uso de la contención exclusivamente mecánica puede causar más daño orgánico y originar complicaciones, incluyendo la hipertermia y rabdomiolisis. Para prevenir esta última complicación, será necesaria la correcta hidratación del paciente. Si la contención es prolongada, se deberá administrar heparina subcutánea para prevenir la trombosis venosa profunda. Habitualmente la contención mecánica se asocia a la contención química.

3.4. CONTENCIÓN QUÍMICA

Se puede utilizar en la mayoría de casos tanto orgánicos como psiquiátricos. Consiste en la administración de tratamiento farmacológico para la correcta sedación del paciente. Los fármacos a utilizar dependen de la etiología del cuadro y se describen en el siguiente apartado (ver tratamiento).

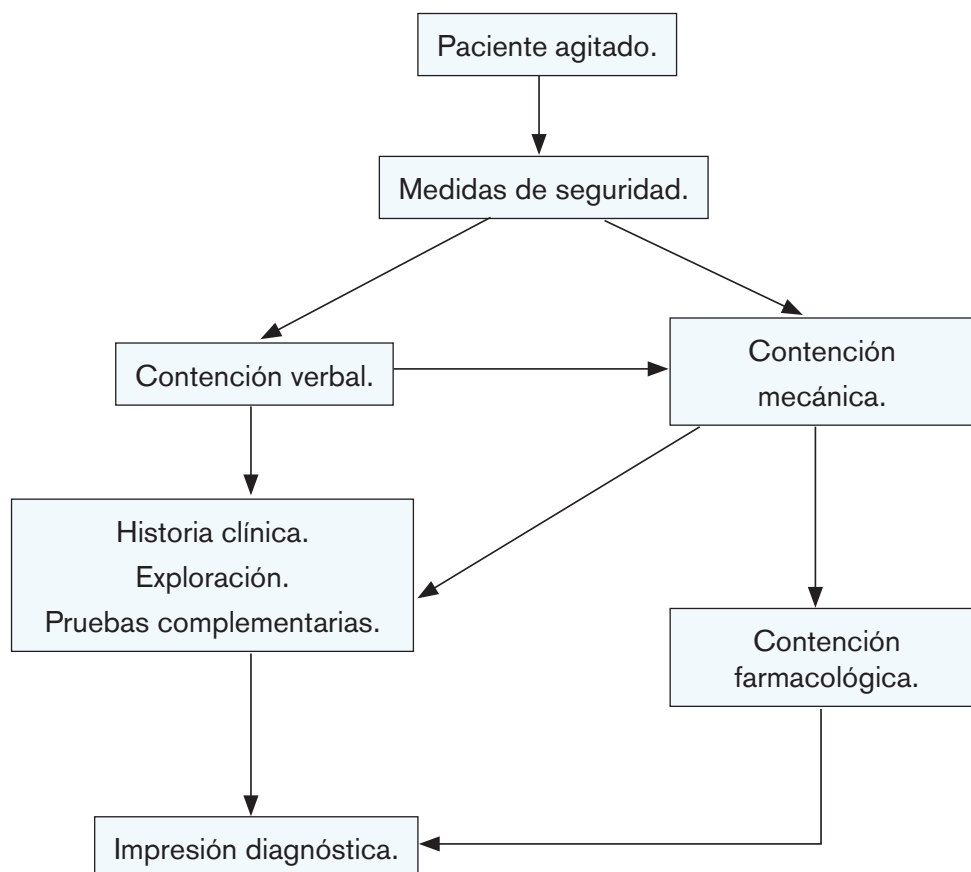
3.5. EVALUACIÓN SISTEMATIZADA

Diferentes escalas han sido desarrolladas para medir la agitación de los pacientes. Inicialmente surgió la Escala del Comportamiento Agitado que se diseñó basándose en pacientes con daño cerebral traumático. Posteriormente han ido apareciendo otras siendo una de las más utilizadas la Subescala del Comportamiento Excitado de la PANSS (EC-PANSS), aunque no está validada. Los 5 ítems que la forman son los siguientes: excitación, tensión, hostilidad, falta de cooperación, y control de impulsos pobre.

Existen otras escalas como la Behavioral Activity Rating Scale (BARS), la Agitation Calmness Evaluation Scale (ACES), y la Subescala de Agitación de la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), aunque la mayoría de ellas no se usan habitualmente en la práctica clínica.

Existe un reciente estudio donde se demuestra que el uso de la EC-PANSS reduce las contenciones en un departamento de urgencias desde un 27% a un 6,3%-8,6% (figura 1).

Figura 1. Manejo episodio de agitación



4. TRATAMIENTO

Según la etiología del cuadro:

↑ 4.1. AGITACIÓN ORGÁNICA

En este caso lo más importante es el tratamiento de la causa orgánica subyacente. También son útiles medidas de sostén tales como el control de constantes vitales, mantenimiento de vía aérea e hidratación.

Inicialmente se puede administrar dosis bajas de neurolépticos típicos preferiblemente por vía oral (en caso de no ser posible se pasará a la administración intramuscular).

Deben extremarse las precauciones por los riesgos que supone administrar a un paciente médicamente grave un depresor del sistema nervioso central.

El neuroléptico clásicamente de elección es el haloperidol por su alta potencia, su seguridad y eficacia. Pueden existir efectos adversos a considerar como los síntomas extrapiramidales o las crisis comiciales al disminuir estos fármacos el umbral convulsivo. Por ello, debe evitarse en el caso de *delirium tremens*, abstinencia a benzodiazepinas y agitaciones de origen comicial. La dosis recomendada sería de 1 ampolla de 5 mg pudiéndose repetir cada 30-45 minutos hasta que se consiga la contención. El haloperidol es un fármaco poco sedante por lo que puede ser más lento en actuar que las benzodiazepinas u otros neurolépticos sedantes aunque por otro lado puede considerarse el más seguro.

El neuroléptico más sedante es la levomepromacina que se utiliza a dosis de 25-50 mg por vía intramuscular. La clorpromacina es otro neuroléptico de baja potencia y elevada sedación que se utiliza por vía intramuscular, nunca intravenosa directa. Estos dos fármacos de perfil más sedante presentan también efectos adversos como riesgo de hipotensión y aspiración. Además por su efecto sedante y anticolinérgico pueden aumentar la confusión.

▶ Las benzodiazepinas, al ser fármacos depresores del SNC, deberían evitarse en la mayoría de las agitaciones orgánicas ya que pueden aumentar la confusión. Únicamente son de elección en el *delirium tremens*, en el síndrome de abstinencia a benzodiazepinas u opiáceos, en los cuadros de origen comicial y

en algunos tipos de intoxicaciones con estimulantes (cocaína, anfetaminas...).

En el caso de intoxicaciones alcohólicas agitadas debemos ser cautos en cuanto a la sedación por el riesgo de depresión del SNC. Las benzodiazepinas pueden disminuir la respuesta del centro respiratorio mientras que los neurolépticos pueden disminuir el umbral convulsivo. Es por ello que se emplea en algunas ocasiones el neuroléptico tiapride a dosis de 1-2 ampollas intramuscular (im.).

Más recientemente se vienen utilizando también los neurolépticos atípicos como la risperidona (solución y formulaciones de disolución rápida), la olanzapina (im. y formulaciones de disolución rápida), la ziprasidona im. y aripiprazol im. (tabla 3).

↑ 4.2. AGITACIÓN PSIQUIÁTRICA

- Agitación no psicótica: la administración de benzodiazepinas vía oral pueden resolver el cuadro en las formas leves o moderadas. Las benzodiazepinas por vía intramuscular se absorben de forma errática, por lo tanto no suele ser una vía de elección. La vía intravenosa debe reservarse a situaciones en las que sea posible una vigilancia médica continua del paciente ya que podría existir el riesgo de provocar una depresión respiratoria.
- Agitación psicótica: en la mayoría de casos, deben emplearse neurolépticos incisivos a dosis elevadas. Diferentes estudios han demostrado que la administración combinada de haloperidol y benzodiazepinas tiene mayor efecto que ambas por solitario. Si no fuera suficiente se podría añadir un neuroléptico de tipo sedante. El efecto máximo de éstos últimos se alcanza a las 4-5 horas por lo que no debemos repetir la dosis. En cambio, sí se puede repetir la dosis de haloperidol si no se consigue el efecto deseado a los 45 minutos.

En los últimos tiempos se están incorporando neurolépticos atípicos que producen menos efectos extrapiramidales que los neurolépticos clásicos, lo que también supone un beneficio en el manejo de la agitación. Entre ellos destacan la olanzapina la cual se puede administrar por vía oral si la agitación es moderada o intramuscular cuando es más grave, la risperidona vía oral, el aripiprazol intramuscular y la



↑ Tabla 3. Tratamiento de la agitación orgánica

Fármaco	Dosis	Indicaciones	Efectos adversos
Haloperidol	1 ampolla 5 mg (hasta 100 mg/día im).	Repetir cada 30-45 min.	Síntomas extrapiramidales. Umbral convulsivo.
Levomepromazina	1 ampolla 25 mg im.	Repetir cada 2-4 h	Anticolinérgicos. Sedación.
Clorpromazina	1 ampolla 25 mg im.	Repetir cada 2-4 h.	Anticolinérgicos. Sedación.
Risperidona	0,5-2 mg vo. (gotas o flas).	Repetir cada 2-4h.	Síntomas extrapiramidales en menor medida.
Olanzapina	– 1 ampolla 10 mg im. – 5-10 mg cp o velotab.	Repetir cada 2-4 h.	Anticolinérgicos. Sedación menos intensa.
Ziprasidona	10-20 mg im.	– Repetir 10 mg cada 2 h. – Dosis máx: 40 mg/día.	Alarga el QT. Escasa sedación.
Benzodiazepinas	Vía oral: – lorazepam 1-2 mg. – diazepam 5-10 mg. – clonacepam 0,5-2 mg. Vía im.: – clorazepato 25-50 mg.	Poco indicadas, salvo en caso de: – <i>delirium tremens</i> . – abstinencia a benzodiazepinas. – intoxicación por estimulantes.	Depresión SNC. Confusión (la absorción im. es errática).

ziprasidona intramuscular han demostrado también eficacia en cuadros de agitación. Todos ellos presentan una eficacia similar al haloperidol pero con menos efectos extrapiramidales.

En caso de utilizar la vía oral la presentación de rápida disolución (olanzapina y risperidona) o en gotas (risperidona) que presentan algunos fármacos facilita su administración.

También se utiliza el zuclopentixol acufase que se administra por vía intramuscular y presenta una liberación retardada durante los 3 días siguientes a la inyección. Permite controlar agitaciones mantenidas, principalmente maníacas o psicóticas sin tener que administrar medicación de forma repetida. Su lento inicio de acción puede obligar a utilizar otros fármacos durante las primeras horas. Normalmente se utiliza a dosis de 50-150 mg.

En estos momentos se está a punto de comercializar el primer fármaco para la agitación por vía inhalada, la loxapina, neuroléptico típico que ha mostrado buena

tolerancia y eficacia a dosis de 5-10 mg para las agitaciones en casos de esquizofrenia y el trastorno bipolar. Su acción se presenta a los 10 minutos después de la administración.

En el caso que las agitaciones sean leves o no se puedan utilizar neurolépticos también se pueden emplear benzodiazepinas como por ejemplo diazepam, loracepam o cloracepato dipotásico.

Si el control del paciente resulta imposible se pueden realizar combinaciones de haloperidol y diazepam 5-10 mg vo. o im. o con cloracepato dipotásico 20-50 mg im. (tabla 4).

5. POBLACIONES ESPECIALES

5.1 INFANTIL

En el caso de los niños y los adolescentes se han realizado pocos estudios acerca de la agitación psicomotriz. En muchos casos la agitación puede aparecer a consecuencia de un cambio ambiental,

Tabla 4. Tratamiento de la agitación psiquiátrica

Cuadros leves o moderados		
Fármaco	Dosis	Comentarios
Midazolam	2,5-15 mg im.	Corta duración.
Diazepam	5-10 mg vo. o im.	Absorción im. errática.
Lorazepam	2-5 mg vo.	Vida media corta (indicada especialmente en ancianos).
Clonacepam	0,5-2 mg vo. (en gotas) o im.	Absorción im. completa aunque inconsistente.
Clorazepato dipotásico	20-50 mg vo. o im.	Dosis máxima 100 mg/8 h.
Risperidona	1-4 mg gotas, flas o comprimido.	Solo vo. Dosis máxima 16 mg/d.
Olanzapina	5-20 mg comprimido o velotab.	Dosis máxima 30 mg/d.
Cuadros severos		
Fármaco	Dosis	Comentarios
Olanzapina	1 ampolla de 10 mg. Dosis inicial de 5-10 mg.	Repetir 2ª inyección: 2 h. 3ª inyección: 4 h. Dosis máxima 30 mg/d.
Ziprasidona	1 ampolla de 20 mg. Dosis inicial de 10 mg (20 mg en algunos pacientes).	2ª inyección a las 2 horas. Dosis máxima 40 mg/d.
Aripiprazol	1 ampolla de 9,75 mg. Dosis inicial 9,75 mg.	2ª inyección a las 2 h. Máximo 3 inyecciones en 24 h.
Zuclopentixol acufase	1 ampolla contiene 50 mg.	Dosis: 50-150 mg/48-72 h. Se puede repetir en 3 días.
Haloperidol + lorazepam	1 ampolla 5 mg + 1 ampolla 2 mg.	Haloperidol repetible cada 30-45 min, el resto cada 2-4 h.
Haloperidol + clonazepam	1 ampolla 5 mg + 1 ampolla 1 mg.	
Haloperidol + levomepromazina y/o clorpromazina + biperideno	1 ampolla 5 mg + 1 ampolla 25 mg + 1 ampolla 5 mg.	

situaciones de bloqueo emocional o ansiedad de origen exógeno, fundamentalmente en circunstancias biográficas extremas como abusos sexuales o maltrato infantil.

Se ha asociado también con diferentes situaciones y patologías específicas:

- Sedación postanestesia.
- Síndrome de Gilles de la Tourette.
- Estados psicóticos infantiles.
- Trastornos del espectro autista.
- Síndrome de Rett.
- Retraso mental.
- Síndromes genéticos asociados con déficit cognitivos globales.
- Minusvalía intelectual.
- TDHA.
- Depresiones con ideas delirantes, suicidas u homicidas.
- Fases maníacas en el contexto de un trastorno bipolar.



El abordaje en primer lugar es intentar tranquilizarlos realizando una aproximación lenta, no amenazadora y permitiendo que nos cuenten con sus propias palabras el motivo de su traslado a urgencias. En el caso de precisar tratamiento farmacológico, suele ser el mismo que el de los adultos aunque las dosis utilizadas suelen ser más bajas. Si se trata de un cuadro leve se puede recurrir al uso de benzodiacepinas por vía oral, sublingual o rectal; el diazepam a dosis de 0,2-0,5 mg/kg/dosis sería de elección pudiéndose repetir cada 30 minutos si fuera necesario. En caso de agitación psicótica/maníaca se debe plantear el uso de benzodiacepinas y/o neuroléptico que suele ser el haloperidol (dosis en función de la edad). En los últimos tiempos se han empezado a usar neurolépticos atípicos que producen menores efectos adversos como por ejemplo la olanzapina (2,5 mg/día) o risperidona (0,5-2 mg/día).

5.2. ANCIANOS

Las dos situaciones más habituales en las que los pacientes mayores presentan cuadros de agitaciones son el cuadro confusional agudo, y los síntomas psicóticos y de conducta que aparecen en la demencia. El uso de psicofármacos debe ser el mínimo tiempo posible y la menor dosis eficaz. Las dosis de fármacos son mucho menores y se debe evitar el uso de neurolépticos con efectos

anticolinérgicos y las benzodiacepinas ya que pueden producir confusión. Clásicamente se ha utilizado el haloperidol como tratamiento, pero dada la sintomatología extrapiramidal que suele causar se están usando también neurolépticos atípicos como: risperidona 0'5-1 mg (la aparición de SEP es menor con dosis bajas), olanzapina 2'5-5 mg o quetiapina 25-50 mg aunque éstos tampoco están exentos de efectos adversos tales como accidentes vasculares cerebrales con olanzapina y riesgo de hipotensión ortostática y caídas con quetiapina. En caso de ser imprescindible el uso de una benzodiacepina se aconsejan las de vida media corta.

5.3. EMBARAZO

Debe realizarse una cuidada evaluación de los riesgos/beneficios que implica para el feto y para la madre la toma de medicación. En la medida de lo posible, es preferible evitar cualquier tipo de fármaco, sobretudo en el primer trimestre del embarazo. A modo orientativo se suele usar como guía la clasificación del riesgo del uso de los psicofármacos durante el embarazo de la Food and Drug Administration (FDA). Esta guía clasifica los antipsicóticos típicos en el grupo C (no se puede descartar el riesgo), los antipsicóticos atípicos en el B/C (riesgo desconocido/no se puede descartar riesgo) y las benzodiacepinas en el grupo D (evidencia de riesgo en humanos).

RECOMENDACIONES CLAVE

Siempre mantener la integridad física del paciente y el personal.

Descartar organicidad con especial atención a los cuadros confusionales.

Reevaluar siempre tras cada intervención (farmacológica o sujeción física).

6. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Correas Lauffer J, Ramírez García A, Villoria Borrego L. El paciente agitado o violento. Capítulo 4. Manual de urgencias psiquiátricas. Ed. Masson. 2003.

Battaglia J. Pharmacological Management of Acute Agitation. Department of Psychiatry and Behavioural Medicine, Medical College of Wisconsin, Milwaukee, Wisconsin, USA. *Drugs*. 2005;65(9):1207-1222.

Madoz Gúrpide C. El paciente agitado. Servicio de Psiquiatría del Hospital de Navarra. Libro electrónico de temas de urgencia.

Cruz Jentoft A.J. Tratamiento de la agitación en el paciente mayor. Unidad de geriatría. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. *Rev Clin Esp*. 2003;203(7):346-8.

Jiménez Busselo MT. Atención al paciente agitado, violento o psicótico en urgencias: un protocolo pendiente para una patología en aumento. Área de Urgencias de Pediatría. Unidad de Paidopsiquiatría. Hospital Universitario La Fe. Valencia. España. *An Pediatr (Barc)*. 2005;63(6):526-36.

7. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Quanbeck C. Aspectos psiquiátricos forenses de la violencia en los pacientes ingresados. *Psychiatr Clin N Am*. 2006;29:743-760.

Fisterra.com. El paciente agitado [sede web]. Guías clínicas 2005;5(34). Disponible en: www.fisterra.com/guias2/agitado.

Fernández V, Murcia E, Sinisterra J, Casal C, Gómez MC. Servicio de Emergencias Sanitarias. Valencia, España. Manejo inicial del paciente agitado. Revisión. *Emergencias*. 2009;21:121-132.

Caine ED. Clinical perspectives on Atypical Antipsychotics for Treatment of Agitation. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(suppl 10).

Marco CA, Vaughan J. Department of Emergency medicine. St Vicent Mercy Medical Center, Toledo, USA. Emergency management of agitation in schizophrenia. Review. *American Journal of Emergency Medicine*. 2005;23:767-776.





57. COMPORTAMIENTOS AUTOLÍTICOS



Autoras: Ana Blázquez Hinojosa y Montserrat Guitart Colomer
Tutores: Evaristo Nieto Rodríguez y Marta Puig Sanz
Althaia Xarxa Assistencial Manresa. Barcelona

CONCEPTOS ESENCIALES

La suicidalidad incluye un conjunto heterogéneo de ideas o actos realizados de manera voluntaria con el propósito aparente de acabar con la propia vida.

Aunque existe un contínuum entre ellas, el clínico y el investigador deben diferenciar bien de menor a mayor gravedad: a) ideación suicida; b) amenazas o gestos; c) parasuicidio d) intento de suicidio; e) suicidio frustrado y f) suicidio consumado.

Para clasificar los intentos de suicidio en uno de los subgrupos anteriores hay que analizar el método, la gravedad, la rescatabilidad y la impulsividad del acto suicida.

Actualmente, el modelo etiopatogénico de la conducta suicida más aceptado es el de vulnerabilidad-stress en el que se incluyen factores genéticos, de stress ambiental, rasgos psicológicos o de personalidad y finalmente descompensaciones de algún trastorno mental que se hallan en más del 90% de los casos.

1. DEFINICIONES

A continuación se exponen en la tabla 1 las distintas definiciones de los comportamientos autolíticos.

2. EPIDEMIOLOGÍA

➡ El suicidio ocupa la décima causa de muerte en el mundo. Los últimos datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) hablan de casi un millón de muertes por suicidio al año (14,5 por cada 100.000 h, un suicidio cada 40 segundos). Se estima que en 2020 podría llegar a ser la causa de 1,5 millones de muertes anuales.

➡ Hay variaciones importantes en lo que concierne en las tasas del suicidio entre los diferentes países. También hay que tener en cuenta que algunos no declaran una proporción importante de sus suicidios.

Las tasas de suicidios reportados a la OMS son mayores en países de Europa Oriental, incluyendo Lituania, Estonia, Bielorrusia y la Federación Rusa (45 y 75 por 100.000). Por el contrario, los datos declarados de suicidio son menores en los países Mediterráneos y los países católicos de América Latina (Colombia y Paraguay), Asia (Filipinas) y los países Musulmanes (Pakistán) (< 6 por 100.000). En los países desarrollados de América del Norte, Europa, Australia y Asia (incluyendo Japón y China), las tasas de suicidio tienden a estar entre dos extremos, oscilando entre un 10 a un 35 por 100.000. No hay disponibles datos de suicidio de muchos países de África y América del Sur.

➡ En la mayoría de países los hombres cometen de 2 a 6 veces más suicidio que las mujeres, aunque las mujeres realizan más tentativas, siendo la octava causa de muerte en hombres y la décimo-novena



Tabla 1. Definiciones de comportamientos autolíticos

<p>↑ Conducta suicida</p>	<p>Hace referencia a un continuum de actos que incluyen las amenazas, el gesto, la tentativa de suicidio y el suicidio consumado, conductas que se solapan entre sí. Incluye todo acto que realizado por un individuo de forma voluntaria aparentemente pretende acabar con su propia vida. Debe diferenciarse de las autolesiones sin finalidad suicida.</p>	
<p>Ideación suicida</p>	<p>Pensamientos, ideas o deseo de realizar un acto suicida. Debe diferenciarse de las fobias de impulsión suicida sin deseo real de consumir un acto suicida.</p>	
<p>Amenaza suicida (gesto)</p>	<p>Acto de alto contenido emocional, que no ocasiona ninguna lesión al paciente. "Intento de intento de suicidio".</p>	
<p>↘ Tentativa de suicidio</p>	<p>Se realiza un acto que no produce la muerte del individuo pero sí que le produce algún tipo de injuria o lesión física.</p>	<p>Suicidio frustrado o intento de suicidio muy grave: consciente y libremente se inflinge la muerte sabiendo las consecuencias, pero el ambiente (hecho imprevisible) cambia el fin. "Suicidio consumado in vivo".</p> <p>Intento de suicidio (en sentido estricto): de gravedad moderada pero que no llega a comprometer la vida.</p> <p>Parasuicidio o intento de suicidio leve: sin una clara finalidad suicida, ocasiona lesiones físicas banales.</p>
<p>↑ Suicidio</p>	<p>Muerte autoinfligida con evidencia, implícita o explícita, de que la persona quería morir. Así pues, la OMS propone como criterios operativos de un suicidio: a) un acto con resultado letal; b) deliberadamente iniciado y realizado por el individuo, c) sabiendo o esperando el resultado letal y d) la muerte es un instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y en el medio social.</p>	

en mujeres. La excepción es China con una tasa ligeramente mayor de suicidio consumado en las mujeres. ➡ En 2005 la tasa de suicidio en España fue de 7.8 por 100.000 habitantes lo que significó más de 3000 suicidios en ese año (12,6 en varones, 3,9 en hembras).

Así mismo se estima que hay de 10 a 40 tentativas suicidas por cada suicidio consumado. Dicho número se ve aumentado en población adolescente (100 a 200 tentativas por suicidio consumado) y disminuye notablemente en ancianos.

3. FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO

En la tabla 2 se exponen los factores de riesgo de suicidio.

4. ETIOPATOGENIA

➡ La conducta suicida es compleja ya que en ella intervienen diversos factores (tabla 3).

5. CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA SUICIDA

En la tabla 4 se muestran las características de la conducta suicida.

6. DIAGNÓSTICO: EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

➡ En cualquier paciente psiquiátrico (ya que potencialmente todos tienen más riesgo suicida) y en cualquier ámbito (urgencias, ambulatorio, ingresado) hay que valorar el estado mental, la ideación suicida y el riesgo suicida (tabla 5). Para ello, se debe preguntar siempre por la ideación suicida: no se inducen ideas suicidas por ello y generalmente los pacientes sienten alivio al ser preguntados.

- Los pacientes que hay que valorar con más cuidado son los supervivientes de un intento autolítico o los que acuden a consulta por ideas suicidas.

Tabla 2. Factores de riesgo de suicidio












 Trastorno psiquiátrico	<p>Más del 90% de los pacientes que consuman el suicidio muestran un trastorno psiquiátrico mayor.</p> <p>Dentro de este grupo los pacientes con trastornos afectivos uni o bipolares son los de mayor riesgo.</p>
 Historia de intentos previos	<p>Es un sólido factor de riesgo, con un peso aún mayor que el diagnóstico psiquiátrico (riesgo de nuevo intento de 5 a 6 veces superior). Entre el 25 y el 50% de las víctimas de suicidio consumado han realizado un intento previo. El riesgo de segundo intento es mayor dentro de los 3 meses después del primero, pero incluso después de un tiempo el riesgo es ligeramente mayor. El riesgo es mucho mayor si el intento previo fue de alta letalidad y baja rescatabilidad (suicidio frustrado).</p>
Edad	<p>Las tasas de suicidio aumentan con la edad (40% > 60 años). Los ancianos presentan las tasas más elevadas de suicidio consumado.</p>
Sexo	<p>Suicidio consumado y frustrado predominan en sexo masculino (3:1); el parasuicidio es predominante en sexo femenino (3:1.5).</p>
 Factores sociales	<p>El estado civil incide en el suicidio (solteros tienen mayor riesgo > viudos > separados o divorciados > casados sin hijos > casados con hijos). Los pacientes que viven solos y aquellos que han perdido a un ser querido o fracasado en una relación amorosa en el último año tienen mayor riesgo.</p> <p>Los habitantes de ciudad presentan mayor riesgo que los de las poblaciones rurales.</p>
Factores económico-laborales	<p>Los desempleados y trabajadores no calificados muestran mayor riesgo de suicidio. Entre las profesiones, hay un mayor riesgo de suicidio entre los policías, músicos, agentes de seguros, abogados y médicos (especialmente oftalmólogos, anesestesiólogos y psiquiatras). La sensación de fracaso en el propio rol social es un factor de riesgo.</p>
 Enfermedad orgánica	<p>En muestras de suicidio consumado la presencia de patología orgánica va de un 25 a un 70%. El riesgo aumenta con: dolor crónico, operación reciente, enfermedad crónica, enfermedad terminal.</p> <p>Es la comorbilidad con la depresión la que implica un riesgo de suicidio importante para pacientes orgánicos (de los pacientes con enfermedad orgánica, un 85% tiene trastorno depresivo).</p>
 <i>Life-events</i> recientes	<p>La experiencia reciente (en el último año) de acontecimientos vitales negativos que signifiquen una pérdida grave en el ámbito laboral/económico, familiar / interpersonal o de salud física supone un mayor riesgo de conducta suicida.</p>
 H ^a familiar de suicidio	<p>Los pacientes con una historia familiar positiva de suicidio e intentos de suicidio tienen más probabilidades de consumir el suicidio. Esto es independiente del diagnóstico psiquiátrico.</p>
Otros	<p>La religión es protectora especialmente la católica y musulmana, distribución geográfica (hemisferio norte mayor riesgo), época del año (cambios de estación)</p>

Tabla 3. Factores que intervienen en la conducta suicida

<p>Genéticos</p>	<p>Diversos tipos de estudios (familiares, de gemelos, de adoptados) demuestran una heredabilidad del suicidio consumado independiente de la de los trastornos mentales.</p>
<p>Neurobiológicos Alteraciones bioquímicas</p>	<p>Diversos estudios han demostrado que la hipofunción serotoninérgica se relacionaría con conducta suicida y sería un marcador de riesgo.</p> <p> La hipocolesterolemia, se ha relacionado en múltiples estudios en su mayoría transversales con los intentos de suicidio. Sin embargo, su papel causal (parece ser más bien una relación colateral o indirecta), en estudios longitudinales y su relación con el suicidio consumado es menos clara.</p> <p>Se ha postulado también el papel de las hormonas sexuales. En diferentes estudios se halla un aumento de los intentos de suicidio en el periodo premenstrual.</p>
<p>Sociológicos</p>	<p>Aparte de la Teoría Clásica de Durkheim (finales siglo XIX, división en 3 categorías sociales):</p> <p>Egoístas personas no integradas a ningún grupo social (solteros y zonas rurales).</p> <p>Altruistas excesiva integración a un grupo. Suicidio producto de esa integración (kamikazes, terroristas suicidas).</p> <p>Anómico no pueden seguir las normas del grupo en el que están integrados.</p> <p>Está claro que los cambios sociales y económicos inciden notablemente sobre las tasas de suicidio consumado (aumento en los países del Este tras la caída del comunismo, y en las épocas de crisis económica).</p>
<p>Psicológicos</p>	<p>Teoría de Freud: suicidio como la agresión dirigida hacia el interior contra un objeto de amor introyectado y ambivalentemente catéxico. No puede haber suicidio sin deseo previo reprimido de matar a alguien. Actualmente no se tiene convencimiento de que el suicidio se asocie a estructuras psicodinámicas o de personalidad específicas.</p> <p>Teorías cognitivo-conductuales:</p> <p>Beck: papel central de la desesperanza.</p> <p>Rudd: modelo de triple vulnerabilidad 1. Cognitiva (pensamiento rígido y dicotómico). 2. Biológica 3. Conductual.</p>
<p> Modelo vulnerabilidad-stress</p>	<p>Integra diferentes factores: en los pacientes suicidas existe una vulnerabilidad genética, pero también adquieren una vulnerabilidad ambiental cuando experimentan stress o <i>life-events</i> negativos sobre todo en la infancia. Finalmente rasgos caracteriales o conductuales (impulsividad, fácil hostilidad, ansiedad y pobre inhibición conductual) y/o estados de Trastorno mental (sobre todo la depresión) determinan la descarga suicida.</p>

Tabla 4. Características de la conducta suicida

 Método de suicidio	No violento.	Incluyen las intoxicaciones medicamentosas voluntarias por fármacos (90%) u otras sustancias y la venotomía en el brazo no dominante. En general, los métodos no violentos, suponen un menor riesgo de consumir el suicidio.
	Violento.	Incluyen el resto de métodos y son indicadores objetivos de la intención letal (precipitación, ahorcamiento, armas). Cuanto menor es el tiempo de “no retroceso” de la acción letal, menor es la probabilidad de ser “rescatado” de la muerte. Por ello, algunos productos químicos de acción fulminante son indicadores de alta intencionalidad letal. En general, suponen una mayor gravedad y un mayor riesgo de consumir el suicidio.
 Gravedad somática	Leve	El tratamiento se limita a los primeros auxilios.
	Moderada.	La toxicidad o las lesiones requieren cuidados generales en servicios de urgencias durante 24-48 horas.
	Grave.	Requieren ingresos en unidades de cuidados intensivos, hospitalización en otros servicios, tratamientos especiales, etc.
 Intencionalidad suicida	Es frecuente cierta disociación entre la intención de morir expresada por el individuo y el resultado lesional del intento suicida. Las tentativas graves tienden a minusvalorar su intencionalidad; en cambio, en las tentativas menos graves, por “la función de comunicación” se dramatiza el deseo de muerte.	
 Impulsividad	Planificado.	Se acompañan de ideación suicida previa de días de duración. La intencionalidad letal es mayor con la premeditación, cuando se “dejan las cosas en orden”, o la redacción de una “nota de despedida”, y sobre todo cuando se toman medidas para impedir “ser rescatado”.
	Impulsivo.	Relativizan el riesgo letal, al igual que el “dejar pistas” o incluso las “demandas de ayuda”.
 Rescatabilidad	A menor rescatabilidad y menor comunicación de la conducta suicida aumenta el riesgo de suicidio consumado.	



- En primer lugar deben valorarse las características del intento autolítico en sí mismo (método, gravedad, rescatabilidad) en caso de haber existido e intentar clasificarlo en uno de los tres subtipos señalados, de mayor a menor gravedad: 1-suicidio frustrado 2-intento moderado 3-parasuicidio
- Hay que realizar una evaluación de los factores sociodemográficos de riesgo suicida y valorar los factores clínicos con una exploración psiquiátrica, fundamentalmente la presencia de síndromes clínicos (depresión, alcoholismo y otros abusos de sustancias, psicosis aguda) y síntomas específicos (alucinaciones imperativas, desesperanza...).

➔ Recomendaciones para evaluar una posible ideación suicida o tras una tentativa (tabla 5):

- Tomarse en serio todo intento de suicidio; las tentativas con fin manipulativo en ocasiones también conducen al paciente a la muerte.
- El suicidio puede afectar a personas sin antecedentes psiquiátricos ni patología psiquiátri-

ca mayor: cuadros adaptativos, personalidades inmaduras.

- Conseguir toda la información y apoyo posible, especialmente de familiares.
- Resulta imprescindible una actitud de comprensión y empatía para poder llegar a un juicio diagnóstico correcto que nos permita el mejor enfoque terapéutico.

7. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA CONDUCTA SUICIDA EN LAS DIFERENTES ENFERMEDADES MENTALES

El suicidio casi nunca se produce en sujetos sin trastorno psiquiátrico previo. En el 90% de las autopsias psicológicas realizadas se encuentra hallazgo de trastorno psiquiátrico en el momento del suicidio (tabla 6). Cuando existe comorbilidad entre varios trastornos mentales el riesgo de conducta suicida aumenta. Sin embargo, es un hecho que la mayoría de pacientes psiquiátricos no se suicida.

Tabla 5. Pacientes con idea suicida

Probabilidad de paso al acto suicida	
Mayor riesgo	Menor riesgo
Ideación suicida recurrente. Comunicación indirecta de idea de suicidio. Planificación de método y lugar. “Negación” de la ideación suicida.	Ideación suicida esporádica. Comunicación directa y exhibición de la idea de suicidio. Impulsividad. Aceptación y demanda de ayuda.
Pacientes que han realizado una tentativa de suicidio. Riesgo de consumación.	
Mayor riesgo	Menor riesgo
Tentativas de suicidio previas. Planificación. Método “violento”. Nota de despedida o testamento. Negación de la intención suicida. “Tranquilidad”. Intervención del entorno improbable (baja rescatabilidad).	Primera tentativa. Impulsividad. Método “suave”. Ausencia de nota de despedida. Ambivalencia. Irritabilidad. Intervención del entorno probable (alta rescatabilidad).

Tabla 6. Características, tratamiento y prevención de la conducta suicida (continúa en la página siguiente)

	CARACTERÍSTICAS	TRATAMIENTO	PREVENCIÓN
<p>▲ Trastornos afectivos (60% casos suicidio)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – La depresión principal diagnóstico en sujetos que consuman el suicidio, tienen ideación autolítica y en los que realizan tentativas. – Los pacientes con depresión mayor recurrente se suicidan 20,4 veces más la población general. – El mayor riesgo se da cuando el paciente empieza a mejorar y tras el alta hospitalaria. – Tener en cuenta la comorbilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> – En el trastorno depresivo, los ISRS pueden tener una acción sobre la impulsividad y son fármacos seguros y de fácil manejo. – En los pacientes bipolares, se ha demostrado que el tratamiento de mantenimiento con sales de litio reduce el riesgo de conductas suicidas. Con la retirada rápida del litio se ha observado un aumento de la conducta suicida, razón por la cual se recomienda la suspensión gradual, al menos durante dos semanas. 	<ul style="list-style-type: none"> – ▲ Litio disminuye tasas de suicidio. – En cicladores rápidos y fases mixtas cambiar tratamiento con ISRS por litio y carbamazepina.
<p>▶ Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos</p>	<ul style="list-style-type: none"> – La prevalencia de suicidio respecto población general es 5-10% y de tentativas 25%. – Mayor riesgo primeros años de diagnóstico. – Lo empeora la presencia de trastornos comórbidos como el abuso de drogas y la sintomatología de tipo depresivo. – Se asocia tanto a descompensación psicótica positiva como a sintomatología depresiva y desesperanza. 	<ul style="list-style-type: none"> – La clozapina es el único antipsicótico que ha demostrado reducir las tasas de tentativas de suicidio y otras conductas suicidas en pacientes esquizofrénicos. – Los antipsicóticos de segunda generación parecen ser superiores a los convencionales en la prevención de suicidio. – Los antipsicóticos de liberación lenta pueden utilizarse en pacientes con síntomas positivos con elevado riesgo suicida porque se asegura su cumplimiento y no pueden utilizarse con fines autolíticos. 	<ul style="list-style-type: none"> – Disminución de la emoción expresada en el medio familiar y la duración del brote. – Asociaciones de apoyo a los pacientes. – Tratamiento de los efectos secundarios. – ▲ Clozapina y los nuevos antipsicóticos en cuadros resistentes. – Determinar posibles descompensaciones psicóticas y/o depresivas.
<p>Trastornos de ansiedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Por si solos presentan un riesgo bajo de suicidio pero asociados a la depresión aumentan el de esta. 		<ul style="list-style-type: none"> – Tratar las crisis de ansiedad comórbidas con depresión.
<p>▶ Trastornos de personalidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Factor de riesgo predictor de suicidio consumado (x7). – Tasa en el rango 3-9%. – Se incrementa riesgo si trastornos Eje I. – Mayor riesgo en trastorno límite de personalidad (1/10 se suicida, 84% realizan una tentativa antes de suicidarse). 	<p>Los fármacos antipsicóticos en dosis bajas han resultado útiles para el control del impulso suicida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Terapia cognitivo-conductual. – Abstención de tóxicos.

Tabla 6. Características, tratamiento y prevención de la conducta suicida (continuación)

	CARACTERÍSTICAS	TRATAMIENTO	PREVENCIÓN
Abuso de sustancias	<ul style="list-style-type: none"> – Alcoholismo factor de riesgo por disfunción serotoninérgica. – 70% suicidios en jóvenes se asocia a abuso de sustancias. 	<ul style="list-style-type: none"> – Específico del abuso de sustancias. – Tratamiento de trastornos afectivos comórbidos, pues esta comorbilidad incrementa exponencialmente el riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> – Rehabilitación del uso de tóxicos.
Enfermedades médicas	<ul style="list-style-type: none"> – Riesgo de trastorno afectivo y riesgo por si solas (25%) que aumentan con la edad. – Atención: cáncer, VIH, neurológicas. 	<ul style="list-style-type: none"> – Cualquier medida que mejore la calidad de vida, alivie el dolor y compense el estado físico disminuye el riesgo de consumir el suicidio. 	<ul style="list-style-type: none"> – Valorar el estado de ánimo en los pacientes orgánicos y tratar la sintomatología depresiva comórbida.

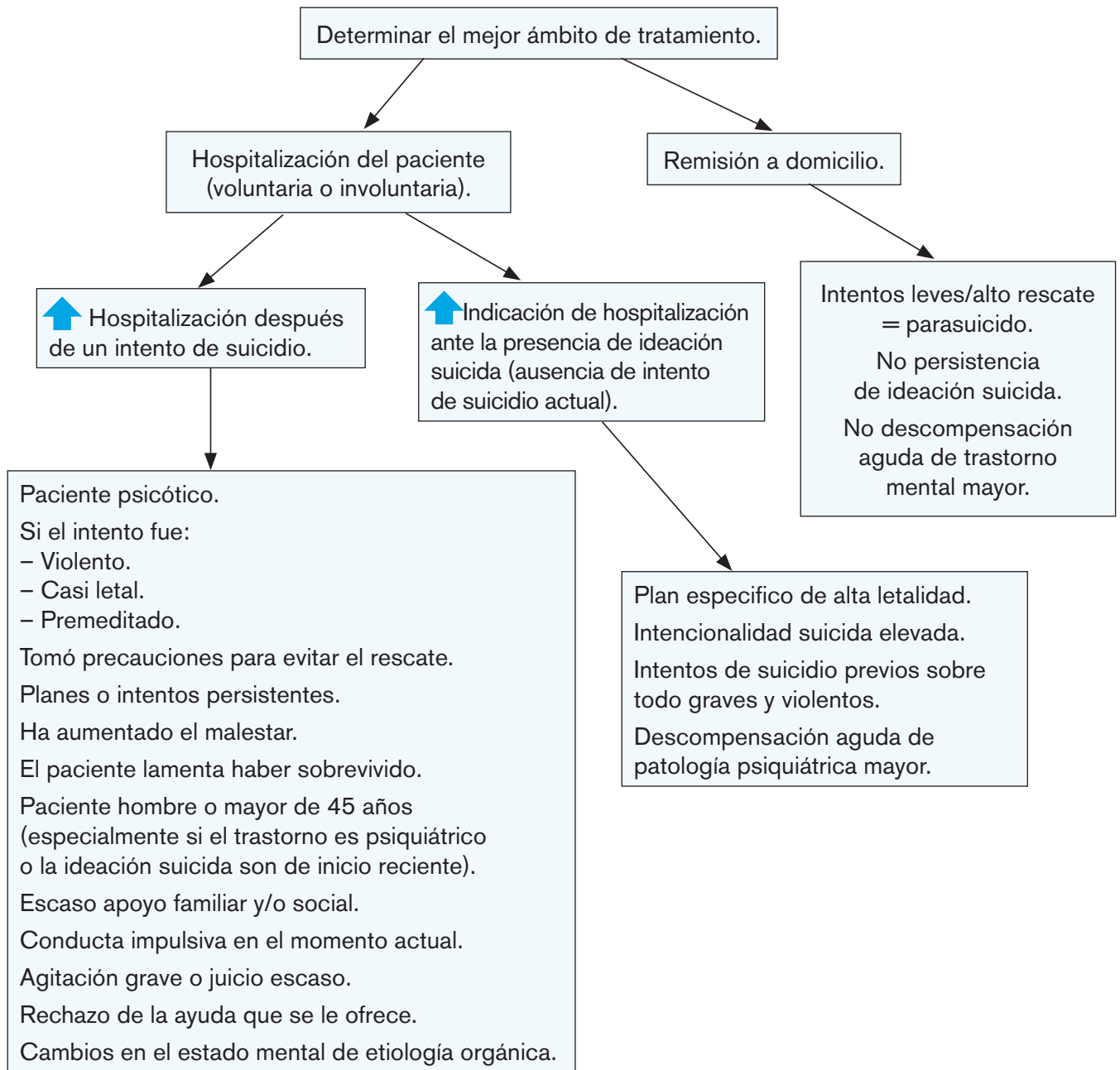
8. EL SUICIDIO EN POBLACIONES ESPECIALES (tabla 7)

Tabla 7. Suicidio en poblaciones especiales (continúa en la página siguiente)

	NIÑOS y ADOLESCENTES	ANCIANOS
Epidemiología Tasa de suicidio España 2005	<p>3ª causa de muerte 15-19 años. Fenómeno en ↑ varones.</p> <p>Rango de 15-24 años 3,9/100.000 (6,1 en hombres y 1,5 en mujeres).</p>	<p>↑ Tasa con la edad en varones (>70 años 2-5 veces superior a adolescentes 15 años).</p> <p>Rango 64-75 años 13,3/100.000 (20,3 hombres y 7,1 mujeres).</p>
Proporción tentativas: consumado	7:1	2:1
Desencadenantes Factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> Embarazo no deseado. Edad, personalidad y enfermedades psiquiátricas de los progenitores. Problemas en escuela o en casa. Llamadas de atención. Acontecimientos vitales dolorosos. Factores estrés inmediatos. Incapacidad solucionar problemas. Excesiva permisividad. El contagio: fenómeno Werther. Diagnóstico de enfermedad mental. 	<ul style="list-style-type: none"> Aislamiento. Defunción familiares y amigos. Jubilación. Pérdida de roles. Depresión. Enfermedad somática.
Mal pronóstico	Comorbilidad entre conducta agresiva y enfermedad psiquiátrica.	Sexo masculino. Antecedentes familiares. Intentos previos.
Enfermedades psiquiátricas asociadas	<ul style="list-style-type: none"> Trastornos del ánimo. Abuso de sustancias. 	Principalmente síndromes depresivos.



Figura 1. Ámbito de tratamiento



RECOMENDACIONES CLAVE

En todo paciente psiquiátrico visitado en cualquier recurso asistencial hay que determinar la suicidalidad pasada (a lo largo de toda su vida) y sobre todo la actual.

En el caso de pacientes con ideación suicida o tentativas recientes visitados en urgencias hay que realizar una evaluación detallada (siempre entrevistando también a los familiares) de las características de la conducta suicida y del diagnóstico psiquiátrico en los V ejes de los criterios DSM IV-TR. Dicha evaluación debe permitirnos escoger el mejor ámbito de tratamiento dentro de un margen de probabilidad.

Como psiquiatras debemos prestar especial atención a prevenir y evitar la conducta suicida que resulta sintomática de una recaída aguda de un trastorno mental grave (trastornos afectivos, trastorno psicóticos).

10. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Hales R E, Simon R I. Suicide Assessment and Management. The American Psychiatric Publishing. 2006.

Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. American Psychiatric Association Compendio. 2008.

Tejedor C, Sarró B et al. Conducta suicida. En: RTM-III Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Soler PA, Gascon J (eds). Ed. Ars Médica. 2005:431-447.

Arranz EJ, Ros S. Conducta Suicida. En: Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Vallejo Riuloba, J (ed.). Ed. Elsevier-Masson. 2006:274-284.

Sadock BJ, Sadock VA. Suicidio. En: Kaplan-Sadock Sinopsis de Psiquiatría. Ed. Waverly Hispánica. 2004:913-922.

11. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Nieto E, Vieta E. La conducta suicida en los trastornos bipolares. En: Trastornos Bipolares. Vieta E, Gastó C (eds). Ed. Springer-Verlag Ibérica. 1997:318-336.

Hyman S. Paciente Suicida En: Manual de urgencias psiquiátricas, Hyman S, Tesar G (eds). Ed. Masson Little Brown.1996:23-28.

García Resa E, Braquehais Conesa MD. El paciente suicida. En: Manual de urgencias psiquiátricas. Chinchilla A (ed). Ed. Masson. 2003:123-148.

Kutcher S, Chehil S. Suicide Risk Management. Ed. Blackwell Publishing. 2007.

Bobes García J, González Seijo JC, Saiz Martínez PA. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Ed. Masson. 1997.





58. TRASTORNO FACTICIO



Autores: Teresa Lorenzo Gómez y Federico Cardelle Pérez
Tutora: Elena de las Heras Liñero
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra

CONCEPTOS ESENCIALES

Los trastornos facticios consisten en la producción de síntomas físicos o psicológicos de forma voluntaria.

El fin es asumir el papel de enfermo. No hay incentivos externos que justifiquen los síntomas.

El Síndrome de Münchhausen es un trastorno facticio crónico con predominio de síntomas y signos físicos. El rol de enfermo llega a ser un estilo de vida.

En el trastorno facticio por poderes la gratificación es obtenida a través del rol de enfermo de otro al que se cuida.

1. EPIDEMIOLOGÍA

Los trastornos facticios en general son más frecuentes en mujeres, pero el síndrome de Münchhausen es más frecuente en hombres.

Es más común en la edad media de la vida.

Se observan con frecuencia en profesionales de la salud.

Su prevalencia oscila entre el 3% y el 9% de los trastornos ingresados en el hospital, siendo mayor en contextos de tratamiento altamente especializados. A pesar de que se trata de una alteración que raras veces se diagnostica, es posible que muchas veces no se identifique. La comunicación de síntomas y signos psicológicos fingidos es menos común que la de físicos, con prevalencias de 0,5 y 9,3 % respectivamente.

2. ETIOPATOGENIA

Se barajan diferentes teorías explicativas, siendo la verdadera etiología la presencia de un trastorno psi-

quiátrico subyacente, estando siempre presente una personalidad desadaptativa.

2.1. FACTORES PSICODINÁMICOS

El paciente produce sus síntomas de forma consciente, pero las motivaciones permanecen ocultas para él.

Las hipótesis de orientación psicodinámica postulan que el origen inconsciente de este trastorno habría que buscarlo en:

- La presencia de resentimiento contra médicos y hospitales con origen generalmente en la niñez o adolescencia. En ocasiones dicho resentimiento puede ser resultado de la proyección del odio que sienten hacia sí mismos.
- Se percibe a uno de los progenitores como figuras rechazadoras, pretendiendo “recrear el vínculo progenitor-hijo deseado” a través del personal sanitario.



- Presencia de una personalidad masoquista; en estos casos los paciente pretenden obtener mediante procedimientos médicos invasivos dolor como medio punitivo a actos o pensamientos que consideran deben ser castigados.
- Suelen ser personas inmaduras, sin un claro límite de la identidad personal, que presentan rasgos de personalidad dependiente y con historias familiares desestructuradas, siendo el fin básico el buscar aceptación y amor.
- La identificación del paciente con algún familiar que padeció la enfermedad que simula.

2.2. FACTORES PSICOSOCIALES

- Se describe en su patobiografía una niñez marcada por el abuso o privación de afecto por parte de sus progenitores, por lo que estar en el hospital supone un escape a la situación traumática.
- Puede existir el antecedente de una enfermedad real en la infancia, con ingresos repetidos y prolongados, en los que obtuvieron cuidados y atención.

2.3. FACTORES BIOLÓGICOS

- Algunos autores proponen que la disfunción cerebral puede ser un factor implicado en la etiología de los trastornos facticios, mediante la alteración del procesamiento de la información.
- No se ha establecido patrón genético o sustrato biológico subyacente. En estudios electroencefalográficos (EEG) no se detectaron anomalías específicas.

Por los datos existentes hoy en día no es posible considerar una única hipótesis ni concluyente sobre la etiología de estos trastornos; recomendándose una mayor labor de investigación en este ámbito.

3. CLÍNICA

Los trastornos facticios se caracterizan por la producción o invención intencional de síntomas físicos o psicológicos de una enfermedad o la exageración de un trastorno preexistente con el objetivo de asumir el papel de enfermo. Sin embargo, debe tenerse en

cuenta que la presencia de signos o síntomas facticios no implica ausencia de trastornos verdaderos. De hecho, los trastornos facticios se relacionan con alteración de la personalidad.

↑ En el trastorno facticio la producción de la enfermedad es intencional; la motivación suele implicar la necesidad de convertirse en pacientes y ser cuidados. No existen móviles de ganancia externa, económica o de eludir responsabilidades laborales o judiciales.

Entre los pacientes psiquiátricos, tanto ingresados como ambulatorios, no es infrecuente observar síntomas que se sospecha que son facticios aunque nunca se llegue a confirmar esta sospecha.

↙ Los síntomas de sospecha que más se observan son:

- La respuesta poco congruente al tratamiento.
- El empeoramiento de los síntomas ante la perspectiva del alta.
- La desaparición de los síntomas rápidamente tras el ingreso y el establecimiento de relaciones intensas con otros pacientes o con el personal durante el ingreso.

Los trastornos facticios se hallan codificados en el DSM y en el CIE. En ambos se establecen criterios de diferenciación con los actos de simulación. En la simulación el paciente también produce los síntomas de forma voluntaria, pero en este caso hay una clara búsqueda de un incentivo externo, como una ganancia económica, evitar ir a la cárcel... En el CIE 10 los trastornos facticios se incluyen en el apartado de producción intencionada o fingimiento de síntomas o invalideces somáticas o psicológicas (trastorno ficticio). En la DSM IV se codifica de acuerdo al subtipo que mejor caracteriza a los síntomas predominantes:

3.1. TRASTORNOS FACTICIOS CON PREDOMINANCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS

Probablemente sea el subtipo más prevalente, aunque suele pasarse por alto y es más difícil de establecer. El trastorno facticio suele estar infradiagnosticado en psiquiatría.

Los pacientes presentan síntomas psiquiátricos que no se corresponden con un patrón específico de ninguna afección, ya que, en general, la manera de presentar la clínica revela el concepto que tiene el paciente de enfermedad mental, con un curso evolutivo y con una respuesta terapéutica inusual, incluyen:

- Depresión, con o sin ideación suicida. Se incluyen aquí los casos de duelo facticio, son pacientes que se muestran deprimidos tras relatar la historia de un falso fallecimiento de un ser querido. Los elementos de esta historia que pueden sugerir un duelo facticio son: muerte violenta o sangrienta bajo situaciones dramáticas, y muerte de jóvenes y niños.
- Es posible la ingesta de sustancias psicoactivas para provocarse síntomas como alucinaciones, auditivas y visuales, o ideación delirante.
- Síntomas disociativos y de conversión.
- Conductas extravagantes.
- Amnesia: pueden presentar pérdida de memoria, tanto reciente como remota.

Suelen ser pacientes elevadamente sugestionables, con tendencia a asumir todos los síntomas que el entrevistador cita y también dar respuestas aproximadas (p. ej. $8 \times 8 = 65$).

3.2. TRASTORNOS FACTICIOS CON SIGNOS Y SÍNTOMAS PREDOMINANTEMENTE SOMÁTICOS

También se lo conoce como síndrome de Münchhausen, "adicción a los hospitales", etc.

Estos pacientes tienen como característica principal la capacidad de autoinducirse síntomas físicos con el único propósito de ser considerado enfermo e intentar ingresar y han adquirido conocimientos sobre la mayoría de las patologías que requieren hospitalización. Pueden fingir síntomas sugerentes de un trastorno que puede afectar a cualquier sistema orgánico:

- Tipo Abdominal (laparotomofilia migrans), es la presentación más frecuente en forma de dolor abdominal agudo, y en muchos casos con la presencia de múltiples cicatrices de laparotomía, ya que estos pacientes demandan inter-

venciones quirúrgicas innecesarias y métodos diagnósticos invasivos.

- Tipo Neurológico (neurología diabólica), en forma de convulsiones, cefaleas... demandando en estos casos los pacientes tratamientos concretos, en general analgésicos.
- Tipo Hemorrágico (hemorragia histriónica y/ o negociantes de hemoptisis), mediante la toma de anticoagulante para simular trastornos sanguíneos, siendo las presentaciones más habituales los hematomas, hemoptisis, hematuria. Suelen manipular las pruebas de laboratorio, lo más característico es la contaminación de la orina con sangre o heces.
- Tipo Cutáneo (dermatitis autogénica), mediante lesiones autoinflingidas.
- Tipo Cardíaco, en la mayoría de los casos, la presentación es de sintomatología compatible con infarto de miocardio o angina.
- Tipo Respiratorio, mediante la simulación de un ataque de asma, o cualquier proceso respiratorio agudo.
- Otros: como la inducción de fiebre (hiperpirexia imaginaria), la realización de inyecciones de bacterias para producirse infecciones, la utilización de insulina para inducir hipoglucemias...

Una vez ingresados, cada vez que una prueba les resulta negativa, muestran su hostilidad hacia el personal médico. Suelen desaparecer repentinamente contra consejo médico cuando creen que han sido descubiertos, presentando una historia de ingresos en diferentes hospitales y altas prematuras.

3.3. TRASTORNOS FACTICIOS CON COMBINACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y SOMÁTICOS

En las formas combinadas de este trastorno, están presentes tanto síntomas y signos psicológicos como somáticos. Si no predomina ninguno de los tipos sobre el otro, debe diagnosticarse trastorno facticio con combinación de síntomas psicológicos y somáticos.

3.4. TRASTORNO FACTICIO NO ESPECIFICADO

Algunos pacientes con síntomas y signos facticios no cumplen con los criterios del DSM IV específicos



para el trastorno, y deben clasificarse en la categoría del no especificado. El ejemplo más notable es el trastorno facticio por delegación o por poderes, que se incluye en el apéndice del DSM IV.

En este diagnóstico, alguien intencionadamente produce síntomas o signos somáticos en otras personas que están bajo su cuidado (normalmente una madre sobre su hijo). El único propósito aparente de esta conducta del cuidador es asumir de forma indirecta el rol de enfermo, si bien hay autores que consideran que un segundo objetivo es el deshacerse de la persona cuidada mediante una hospitalización, al verse sobrepasado con la figura de cuidador. El engaño puede incluir una historia médica falsa, la contaminación de muestras de laboratorio, alteración de resultados o inducción de heridas o enfermedades en el sujeto cuidado.

Otros síntomas que pueden aparecer son la pseudología fantástica y la suplantación. La pseudología fantástica consiste en la narración de historias fascinantes de forma exagerada y dramática en las que los pacientes mezclan algunos hechos reales con fantasías muy elaboradas. No obstante la tendencia a la fabulación no se limita a los síntomas implicados en la enfermedad; sino también a todos los ámbitos de su vida.

4. DIAGNÓSTICO

Es difícil realizar un diagnóstico adecuado de este trastorno, sobre todo cuando los síntomas simulados son los de una enfermedad psicológica o psiquiátrica. En estos casos suele existir una elevada comorbilidad con otros trastornos mentales, por lo que en ocasiones es complicado diferenciar cuáles de los síntomas son reales y cuáles son facticios. A esto se añade la inexistencia de pruebas objetivas que faciliten la tarea diagnóstica.

El diagnóstico debe ser de exclusión, investigando los síntomas inicialmente como si estuvieran causa-

dos por una enfermedad médica. Si es posible debe obtenerse información de fuentes externas fiables que desmientan o ratifiquen la recibida por parte del paciente.

Se han descrito diferentes factores que pueden sugerir un diagnóstico de trastorno facticio:

- Puede haber discrepancias con respecto a los hallazgos objetivos, o estos pueden ser discordantes con la historia clínica o con los síntomas.
- El curso de la enfermedad puede ser atípico.
- El proceso no responde como se esperaba a los tratamientos usuales, o incluso empeora con ellos.
- Empeoramiento de la clínica ante la perspectiva del alta.
- Aparición durante el ingreso de síntomas similares a los de otros pacientes.

A pesar de estos indicadores puede resultar problemático confirmar los criterios diagnósticos del DSM IV-TR (tabla 1). El primer criterio requiere que el fingimiento sea intencionado. La búsqueda de la intencionalidad suscita cuestiones éticas y legales sobre el consentimiento informado, el derecho a la privacidad y la mala praxis. Otro factor que complica el diagnóstico es la elevada prevalencia de trastornos comórbidos. El segundo criterio requiere que el único fin radique en conseguir el papel de enfermo, el tercer criterio ausencia de incentivos externos, marcando ambos la diferencia principal con la simulación, en la que los síntomas obedecen a una búsqueda de objetivos claramente identificables.

En la CIE se los describe más brevemente, incluyéndolos en el capítulo de los Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (F60-F69).

Tabla 1. Criterios diagnósticos de trastorno facticio según DSM IV

- Producción voluntaria de signos o síntomas físicos o psicológicos o exageración de los ya existentes.
- El fin es asumir el papel de enfermo.
- Ausencia de incentivos externos.

A continuación se destacan los síntomas de sospecha de trastorno facticio (tabla 2).

Tabla 2. Síntomas de sospecha de trastorno facticio

- Discrepancias entre los signos objetivos y los datos de la historia clínica o con los síntomas.
- Curso de la enfermedad atípico.
- Empeoramiento clínico pese al tratamiento.
- Aparición durante el ingreso de síntomas similares a los de otros pacientes.
- Reparición de síntomas ante la perspectiva del alta.
- Desaparición de síntomas tras el ingreso y establecimiento de relaciones intensas con otros pacientes o con el personal durante el ingreso.

- El trastorno facticio por poderes no se incluye en el DSM IV-TR; sin embargo, se considera un ejemplo de trastorno facticio no especificado en el apéndice del DSM IV-TR, para categorías propuestas que necesitan estudios posteriores.

Aquí vemos cuales son los criterios del trastorno facticio (tabla 3).

Tabla 3. Criterios diagnósticos del trastorno facticio por poderes según DSM IV

- Producción o simulación intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos en otra persona que se encuentra bajo el cuidado del perpetrador.
- La motivación es el deseo de asumir el papel de paciente a través de otra persona.
- No existen incentivos externos que justifiquen este comportamiento.
- El comportamiento no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Está descrito que quien genera un trastorno facticio por poderes no responde a un cuadro psicótico ni alucina mientras enferma a su/s hijo/s.

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Con enfermedad somática.

Cualquier trastorno en el que predominen los síntomas o signos somáticos debe tenerse en consideración en el diagnóstico diferencial, y debe explorarse siempre la posibilidad de que exista alguna enfermedad real concomitante.

- Con otras patologías psiquiátricas (tabla 4).


Tabla 4. Características clínicas generales que ayudan al diagnóstico diferencial trastorno facticio/otras patologías psiquiátricas

- Cuadro clínico que no pertenezca a una enfermedad mental identificable.
- Síntomas o comportamientos que aparecen cuando el individuo es observado.
- Tendencia a mentir y exagerar sobre su vida y su enfermedad (pseudología fantástica).
- Presencia de un comportamiento antisocial en la sala de urgencias (trasgresión de las reglas y normas hospitalarias, conductas heteroagresivas...).
- Conocimiento excesivo de la terminología médica y hábitos hospitalarios.
- Consumo encubierto de fármacos.
- Pocos o ningún visitante durante la hospitalización.
- Curso clínico fluctuante con producción rápida de «complicaciones» o de nueva «patología» una vez las exploraciones iniciales resultan negativas.

Dentro de este último grupo destacar la dificultad diagnóstica frente a:

5.1. TRASTORNOS SOMATOMORFOS

Los trastornos somatomorfos incluyen el trastorno de somatización, el trastorno de conversión, el trastorno por dolor y la hipocondría. Las principales características diferenciadoras son:

-  La producción de síntomas físicos es inconsciente y no voluntaria.
- Presentan una menor disposición a someterse a ingresos y procedimientos quirúrgicos.
- Los síntomas muestran una relación temporal directa con conflictos emocionales.



5.2. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Dada la elevada comorbilidad que presentan los pacientes con Trastorno facticio con los Trastornos de personalidad, en ocasiones es complicado diferenciar que síntomas son reales y cuáles provocados, haciendo difícil el diagnóstico. Suelen ser paciente con rasgos de personalidad dependiente, histriónicos, pasivos, en ocasiones antisociales, aunque lo más frecuente es que se trate de un trastorno de personalidad borderline.

5.2.1. Trastorno antisocial

En algunos casos es complicado realizar un diagnóstico diferencial dado la presencia de rasgos manipulativos y hostiles en los trastornos facticios, siendo en ocasiones un diagnóstico comórbido. La principal diferencia radica en que los trastornos antisociales suelen tener un inicio más precoz, no prestándose a la realización de pruebas médicas cruentas ni a hospitalizaciones, a no ser que estuviese buscando un claro beneficio, como la evitación de castigos (ingreso en prisión).

5.2.2. Trastorno histriónico

Dado los rasgos histriónicos que presentan muchos de estos pacientes, como la tendencia a la búsqueda de atención y a la teatralidad pueden confundirse ambos trastornos, siendo en muchas ocasiones patologías comórbidas.

5.2.3. Trastorno borderline

Suele ser frecuente la alta comorbilidad con el trastorno límite de la personalidad, caracterizado por la inestabilidad emocional, la elevada impulsividad, la baja tolerancia a la frustración, o los comportamientos autolesivos, lo que dificulta el diagnóstico.

5.3. ESQUIZOFRENIA

Debe tenerse en cuenta que a pesar de lo irracional del comportamiento del trastorno facticio, no es un cuadro psicótico. En ocasiones pueden presentar verdaderos episodios psicóticos breves, siendo esto la excepción. Lo normal es que finjan alteraciones sensoriales y del pensamiento, sin llegar a cumplir criterios diagnósticos de esquizofrenia. La sospecha debe ser la no respuesta a los tratamientos convencionales o incluso el empeoramiento ante la previsión del alta.

↑ 5.4. SIMULACIÓN

Como en el caso de los trastornos facticios la producción de los síntomas se realiza de forma voluntaria, sin embargo:

- Los simuladores persiguen un objetivo externo claramente identificable cuando presentan sus síntomas: evitar trabajar, compensación económica, evadir responsabilidad legal...
- Suelen dejar de producir signos y síntomas cuando no pueden ya sacar provecho alguno (tabla 5).

5.5. ABUSO DE SUSTANCIAS

Ambos trastornos pueden presentarse a la vez, no siendo en todos los casos el consumo de sustancias secundario al trastorno facticio.

5.6. SÍNDROME DE GANSER

Se trata de una entidad con prevalencia máxima en los presos, siendo considerada por algunos autores como una variante de la simulación, dado que pueden obtener claros beneficios como eludir actitudes punitivas al evitar la responsabilidad de sus actos.

Tabla 5. Diagnóstico Diferencial del trastorno facticio

	Intencionalidad de los síntomas	Demanda de intervenciones cruentas	Objetivo externo
T. Somatización	No	No	Depende
Simulación	Si	No	Si
T. Facticio	Si	Si	No

En el DSM IV-TR se clasifica como un trastorno disociativo no especificado., y en la CIE 10, como otros trastornos disociativos o de conversión.

Se caracteriza por el uso de para respuestas. Las personas con este síndrome responden a las preguntas con respuestas aproximadas, pero incorrectas. Por ejemplo, cuando se les pregunta por el resultado de 1 más 1, contestan que es 3. Las personas con trastornos facticios pueden emitir estas respuestas de forma deliberada, siendo importante tenerlo en cuenta sobre todo en el trastorno facticio con signos y síntomas predominantemente psicológicos.

6. TRATAMIENTO

➤ Ninguna terapia ha demostrado ser eficaz en estos pacientes. El tratamiento por tanto debe hacerse centrándose en el manejo del trastorno facticio más que en su curación:

- La prevención de este trastorno implica evitar hospitalizaciones innecesarias, hacer que estas sean lo más cortas posible y proporcionar otro tipo de gratificaciones.
- El principal objetivo del tratamiento es evitar que se produzca dependencia. El factor que más influye en el éxito es la rápida identificación de este trastorno, y así poder evitarle al paciente la realización de procedimientos diagnósticos invasivos. En ocasiones se debe recurrir a hospitalizaciones, que en principio parecerían

innecesarias si se sospecha que aumentará la demanda con intentos autolíticos.

- ➤ El uso de la confrontación es un tema controvertido: la mayoría de los pacientes abandonan el tratamiento cuando se ven descubiertos. La confrontación no punitiva, en que se reformula el trastorno como una petición de ayuda, favorece la adherencia del paciente a un tratamiento psiquiátrico.
- Evitar reforzar positivamente las conductas de enfermedad.
- ➤ El principal papel del psiquiatra es mostrarles a los otros especialistas que a pesar de que la enfermedad del sujeto es fingida, el sujeto está enfermo. Se precisa un abordaje multidisciplinar. Trabajar en conjunción con el médico que atiende al paciente es más eficaz que trabajar únicamente con el sujeto. Las reacciones personales de los miembros del grupo médico son muy importantes en el tratamiento y establecimiento de alianzas con el paciente, por ello es importante el manejo de la contratransferencia propia y del resto del equipo.
- El tratamiento individual se basa en la psicoterapia a largo plazo. La farmacoterapia se usa solamente para tratar los procesos comórbidos. Los antipsicóticos se han usado para frenar la impulsividad y los trastornos de conducta asociados, así como para tratar síntomas psicóticos breves o reactivos que puedan coexistir con el trastorno facticio.

RECOMENDACIONES CLAVE

Investigar los síntomas inicialmente como si estuvieran causados por una enfermedad médica o psíquica.

Evitar reacciones de contratransferencia estimuladas por el paciente, teniendo en cuenta que se trata de pacientes psiquiátricos.

Evitar el interrogatorio dirigido.

En la entrevista no realizar preguntas que sugieran síntomas.

El diagnóstico de exclusión, solo cuando se descarte patología orgánica.



7. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

American Psychiatric Association. DSM IV TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Ed. Masson. 2002:575-579.

Feldman CV. Factitious disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. Vol.1 Baltimore: Ed. Lippincott Williams & Wilkns. 2000:1533.

Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 6ª Ed. 2006;435-445.

Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de Manual de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. 9ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2004:668-676.

Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. 10ª ed. Ginebra. Madrid: Ed. Meditor. 275-276.

8. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Feldman MD, Miner ID. Factitious usher syndrome: a new type of factitious disorder Medscape J Med. 2008 Jun 30;10(6):153.

Krahn LE, Bostwick JM, Stonnington CM Looking toward DSM V: should factitious disorder become a subtype of somatoform disorder? Psychosomatics. 2008 Jul-Aug;49 (4):277-82.

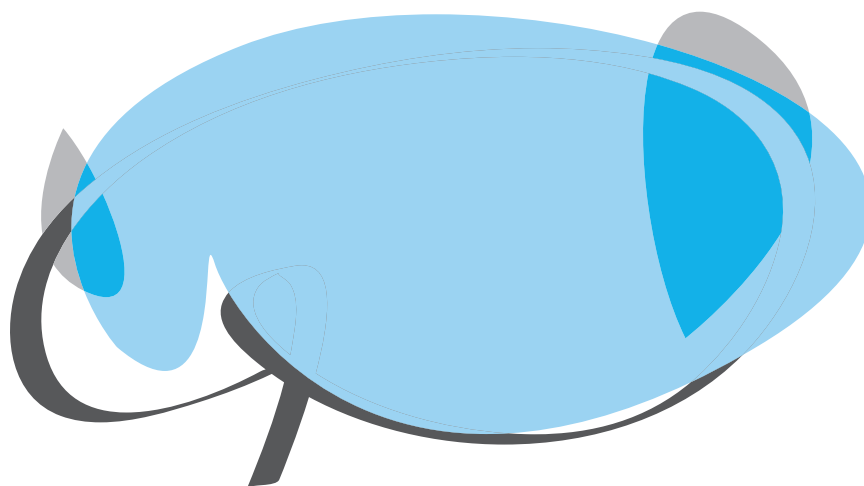
Catalina ML, Gómez Macias V, de Cos A. Prevalencia de trastornos facticios con síntomas psicológicos en pacientes hospitalizados. Actas Esp Psiquiatr. 2008; 36(6):345-349.

Garrote N, Indart de Arza J, Puentes A, Smith M, del Bagge P, Pérez Coulembier M. Síndrome de Münchhausen por poder y manifestaciones de supuesto evento de aparente amenaza a la vida. Arch Argent Pediatr. 2008;106(1):47-53.

Bocchino S. Trastornos Facticios. Rev. Psiquiatría Uruguay. 2005;69(1):92-101.

MANUAL

DFL Residente LN Psiquiatría



Tomo 2

Quedan prohibidos, dentro de los límites establecidos en la ley y bajo los apercibimientos legales previstos, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluyendo ilustraciones, ya sea electrónico o mecánico, el tratamiento informático, el alquiler o cualquier otra forma de cesión de la obra sin la autorización previa y por escrito de los titulares del copyright.

Diseño y maquetación:
Grupo ENE Life Publicidad, S.A.
C/Julián Camarillo, 29
Edif Diapasón D-2, 1ª Planta
28037 Madrid

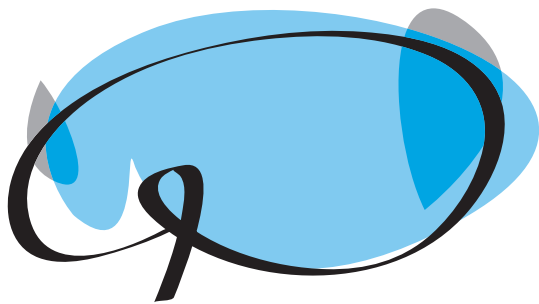
Copyright © 2009, ENE Life Publicidad S.A. y Editores

Impreso por: Gráficas Marte, S.L.
ISBN: 978-84-693-2269-7
Depósito Legal: M-24.234-2010

El manual aquí expuesto refleja las experiencias y opiniones de sus autores. En ocasiones estas experiencias y opiniones pueden referirse a fármacos comercializados por GSK. GSK únicamente recomienda el uso de sus productos de acuerdo con sus respectivas fichas técnicas y en las indicaciones debidamente autorizadas.

MANUAL

DEL Residente
EN Psiquiatría



TOMO
Índice





MÓDULO 1. ASPECTOS GENERALES

ÁREA - INTRODUCCIÓN GENERAL

1. HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA 5

Autoras: Cristina Quesada González y Elena Fernández Barrio

Tutor: Rafael Navarro Pichardo

Hospital San Cecilio. Granada

2. CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL 13

Autores: José Luis Medina Amor y Rebeca Suárez Guinea

Tutor: Rufino José Losantos Pascual

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid

3. PROBLEMAS EPISTEMOLÓGICOS DE LA PSIQUIATRÍA 21

Autores: Noemy Escudero e Ignacio Lara Ruiz-Granados

Tutora: Carmen Rodríguez Gómez

Hospital de Jerez. Cádiz

4. PSIQUIATRÍA, UNA PRÁCTICA EN VALORES 29

Autores: Rosa Merchán García y Evelio de Ingunza Barreiro

Tutora: María Jesús Río Benito

Hospital Universitario Virgen de la Macarena. Sevilla

5. MEDICINA Y PSIQUIATRÍA BASADA EN PRUEBAS. MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA (MBE) 35

Autores: Raquel Álvarez García, Diana Zambrano-Enríquez Gandolfo y Ezequiel Di Stasio

Tutor: Enrique Baca García

Fundación Jiménez Díaz. Madrid

6. CONCEPTOS BÁSICOS DE NEUROCIENCIA 41

Autores: Luis Ortiz Paredes y Sagrario Marco Orea

Tutor: Carmelo Pelegrín Valero

Hospital San Jorge. Huesca

7. CONCEPTOS PSICOLÓGICOS BÁSICOS 49

Autores: Marta Vázquez Delgado y Antonio M. Ramírez Ojeda

Tutor: Alfonso Fernández Gálvez

Hospital Universitario Virgen de la Macarena. Sevilla

8. BASES SOCIALES DE LA PSIQUIATRÍA 57

Autoras: Verónica Ferro Iglesias y Ania Justo Alonso

Tutor: Carlos Porven Diaz

Hospital Psiquiátrico de Lugo. Lugo

9. EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA 65

Autoras: Ana Vilches Guerra y María Luisa Álvarez Rodríguez

Tutora: Cristina Peinado Fernández

Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Sevilla

10. CULTURA Y ENFERMEDAD MENTAL 71

Autoras: Clara Peláez Fernández y Elena Serrano Drozdowskyj

Tutor: Luis Caballero Martínez

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

11. LA PSIQUIATRÍA Y LA GESTIÓN CLÍNICA 79

Autoras: Lucía Pérez Cabeza y Zuria Alonso Ganuza

Tutor: Miguel Ángel González Torres

Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto. Bilbao



**12. PROGRAMA, ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA
DE LA FORMACIÓN EN PSIQUIATRÍA 87**

Autores: Olivia Orejas Pérez y Josep Martí Bonany

Tutoras: Teresa Campillo Sanz

Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López. Barcelona

**13. LA TUTORÍA Y LA FORMACIÓN EN PSIQUIATRÍA.
PROBLEMAS PRÁCTICOS FRECUENTES 93**

Autores: José Antonio Blanco Garrote, Isabel López Saracho y Daniel Gómez Pizarro

Tutores: José Antonio Blanco Garrote y Juan José Madrigal Galicia

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid

**14. ASPECTOS EMOCIONALES DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL
DEL RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA 101**

Autoras: Rosana Codesal Julián y Ariana Quintana Pérez

Tutor: Luis Santiago Vega González

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

**15. ORGANIZACIÓN DE UN PLAN INDIVIDUALIZADO DE FORMACIÓN.
LA AUTOEVALUACIÓN 109**

Autoras: Mariña Reimundo Díaz-Fierros, Clara Viesca Eguren,
Jessica Solares Vázquez y Lara García González

Tutora: M^a Paz García-Portilla González

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

**16. LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS EN PSIQUIATRÍA
Y LAS ASOCIACIONES DE FAMILIARES Y USUARIOS 117**

Autoras: Carmen Pradas Guerrero y Yolanda Román Ruiz del Moral

Tutora: María Sánchez de Muniain

Hospital Son LLàtzer. Palma de Mallorca

17. ASPECTOS ÉTICOS Y MÉDICO-LEGALES. LA RESPONSABILIDAD CIVIL 129

Autores: Julia Calama Martín, Ana Isabel Hernández Sánchez y Pedro Esperilla Díaz

Tutor: Juan Matías Fernández

Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca

18. EL ESTIGMA EN SALUD MENTAL 137

Autoras: Maeva Fernández Guardiola y Pilar Elías Villanueva

Tutor: Antonio Tarí

Hospital Royo Villanova. Zaragoza

19. TÉCNICAS COMUNES DE EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO 143

Autores: Esperanza Bosch Casañas y José M^a Martín Jiménez

Tutor: Rafael Touriño González

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria

MÓDULO 2. CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

ÁREA - INTRODUCCIÓN GENERAL

**20. CONTROVERSIAS CONCEPTUALES: DESDE
LA "PSICOPATOLOGÍA DESCRIPTIVA" DEL SIGLO XIX
HACIA LA "PSICOPATOLOGÍA CIENTÍFICA" DEL SIGLO XXI 155**

Autoras: Eva Bravo Barba y Elena Marín Díaz-Guardamino

Tutor: Rafael Segarra Echebarría

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Cruces. Baracaldo. Vizcaya

**21. PSICOPATOLOGÍA DESCRIPTIVA BÁSICA.
LA HISTORIA CLÍNICA EN PSIQUIATRÍA 163**

Autores: María Isabel Teva García y Francisco Javier Zamora Rodríguez

Tutor: Pablo Calderón López

Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz

22. HABILIDADES BÁSICAS DE ENTREVISTA CLÍNICA 175

Autores: Marta Marín Mayor y Jaime Chamorro Delmo

Tutora: Mercedes Navío Acosta

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid



23. EXPLORACIÓN BÁSICA Y EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA 187

Autores: Ramón Bellot Arcís, Ignacio Díaz Fernández-Alonso y Vanessa Saiz Alarcón

Tutor: Alejandro Povo Canut

Hospital Universitario La Fe. Valencia

**24. EVALUACIÓN GENERAL. PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA.
LA FORMULACIÓN DEL CASO 195**

Autor: Casto Bonilla Reyes

Tutor: Eloy Martín Ballesteros

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid

**25. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES.
LOS GRANDES SÍNDROMES PSIQUIÁTRICOS 201**

Autoras: Almudena Sánchez Bou, Noemí Varela Gómez y Jana González Gómez

Tutor: Jesús Artal Simón

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. Cantabria

ÁREA - TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS

26. DEMENCIAS 211

Autores: Carlos Rodríguez Ramiro y Ana Belén Jiménez González

Tutora: Blanca Franco Lovaco

Hospital Dr. Rodríguez Lafora. Madrid

27. OTROS TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS 221

Autoras: Teresa Jimeno, Yolanda Román y Carmen Pradas

Tutor: Mauro García Toro

Hospital Son Llatzer. Palma de Mallorca

ÁREA - ADICCIONES

28. ALCOHOL 231

Autores: Guillermo Fariña Ruiz, José Miguel Marrero Marrero y Luis Fernando Cárdenes

Tutora: Dácil Hernández García

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Tenerife

29. OTRAS ADICCIONES 239

Autores: Alfonso Pérez-Poza, Ignacio Álvarez Marrodan, María López-Acosta y Manuel Corbera Almajano.

Tutor: José Luis Día Sahún

Hospital Miguel Servet. Zaragoza

ÁREA - TRASTORNOS PSICÓTICOS

30. TRASTORNOS PSICÓTICOS: ESQUIZOFRENIA 249

Autores: Fernando Morrás, Virginia Basterra y Estíbaliz Martínez de Zabarte

Tutora: María Zandio Zorrilla

Hospital Virgen del Camino, Pamplona. Navarra

31. TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA ESQUIZOFRENIA 261

Autores: Lourdes Cuello Hormigo y Jesús Saiz Otero

Tutor: Francisco Moreno Tovar

Unidad de Salud Mental El Puente Orense. Orense

32. TRASTORNOS DELIRANTES 269

Autora: Jasna Raventós Simic

Tutor: Óscar A. Ruiz Moriana

Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca



ÁREA - TRASTORNOS AFECTIVOS

33. MELANCOLÍA 277

Autoras: Laura Martín López-Andrade e Iria Prieto Payo

Tutor: Fernando Colina Pérez

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

34. DEPRESIÓN Y DISTIMIA 285

Autores: Federico Cardelle Pérez y Teresa Lorenzo Gómez

Tutora: Elena de las Heras Liñero

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra

35. TRASTORNO BIPOLAR 295

Autores: Fátima Uribe Guinea e Iñaki Zorrilla Martínez

Tutoras: Margarita Sáenz Herrero y Purificación López

Hospital Santiago Apóstol. Vitoria

ÁREA - TRASTORNOS NEURÓTICOS

36. ANSIEDAD GENERALIZADA, ANGUSTIA Y FOBIAS 305

Autores: Laura Baras Pastor y Guillermo Mayner Eiguren

Tutor: Adrián Cano Prous

Clínica Universidad de Navarra. Pamplona

37. REACCIONES AL ESTRÉS Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS 315

Autoras: Itziar Montalvo Aguirrezabala y Laura Gisbert Gustemps

Tutor: Ramón Coronas Borri

Corporació Sanitària Parc Taulí. Barcelona

38. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO 325

Autoras: Amparo Tatay Manteiga y Teresa Merino Magán

Tutor: Pablo Cervera Boda

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

39. TRASTORNOS SOMATOMORFOS 333

Autoras: Helena Andrés Bergareche, Patricia Enríquez y Almudena Escudero

Tutores: José Luis Día Sahún y Javier García Campayo

Hospital Miguel Servet. Zaragoza

40. TRASTORNOS DISOCIATIVOS 341

Autoras: Purificación Carricajo y Mari Paz Alarcón

Tutora: María José Martínez

Hospital General Baix Vinalopo Elx. Alicante

41. LA HISTERIA 349

Autoras: Iria Prieto Payo y Laura Martín López-Andrade

Tutor: Fernando Colina Pérez

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

ÁREA - TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS**42. TRASTORNOS DEL SUEÑO 359**

Autores: Jesús Mesones Peral y Joaquín Ruiz Riquelme

Tutora: Mercedes Sánchez de las Matas Meca

Hospital Virgen Arrixaca. Murcia

43. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA 369

Autores: Germán Belda Moreno y Carlos Rodríguez Gómez-Carreño

Tutor: Luis Beato Fernández

Hospital de Ciudad Real. Ciudad Real

44. DISFUNCIONES SEXUALES 379

Autores: Cristina López Ortiz, Alberto Real Dasi y Anna Romaguera Pinyol

Tutor: José Antonio Navarro Sanchís

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona



ÁREA - TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS

45. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD 389

Autores: Kazuhiro Tajima Pozo y Laura de Anta Tejado

Tutora: Marina Díaz Marsá

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

46. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD 397

Autores: Oriol Molina, María Gariup y Joan Roig

Tutor: Jordi Blanch

Hospital Clínic. Barcelona

47. TRASTORNOS DE CONTROL DE IMPULSOS 409

Autores: Ilia Saíz Pérez y Rubén Rodrigo Hortigüela Arroyo

Tutor: Avelino de Dios Francos

Complejo Asistencial de Burgos. Burgos

ÁREA - TRASTORNOS MENTALES INFANTO-JUVENILES

48. TRASTORNOS MENTALES EN LA INFANCIA COMUNES I 419

Autores: Rafael Manuel Gordillo Urbano y Pilar Zurita Gotor

Tutora: Teresa Guijarro Granados

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

49. TRASTORNOS MENTALES EN LA INFANCIA COMUNES II 433

Autores: Rafael Manuel Gordillo Urbano y Pilar Zurita Gotor

Tutora: Teresa Guijarro Granados

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

50. TRASTORNOS MENTALES GRAVES DEL NIÑO 447

Autora: Sonia Villero Luque

Tutora: Dolores M^a Moreno Pardillo

Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid

ÁREA - OTROS TRASTORNOS MENTALES

51. TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE 461

Autora: Carolina Liaño Sedano

Tutor: Jesús Alonso Fernández

Hospital de Donostia. San Sebastián

52. TRASTORNOS MENTALES EN LA VEJEZ 471

Autoras: Leticia Galán Latorre y Virginia Torrente Mur

Tutor: Javier Olivera Pueyo

Hospital San Jorge. Huesca

53. DISCAPACIDAD Y ENFERMEDAD MENTAL 483

Autora: María Tajés Alonso

Tutor: Mario Páramo Fernández

Complejo Hospitalario Universitario de Conxo. Santiago de Compostela

ÁREA - URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

54. URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS: APRENDIZAJE DEL RESIDENTE 493

Autores: Laura Montesinos Rueda y Eloi Giné Servén

Tutora: Penélope Vinuesa Gómez

Hospital de Mataró. Barcelona

55. URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS. URGENCIAS E INTERVENCIÓN EN CRISIS 499

Autoras: Amanda Trigo Campoy y Laura Ruiz de la Hermosa Gutiérrez

Tutora: Ana Isabel González López

Hospital Universitario de Móstoles. Madrid

56. AGITACIÓN Y COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS 507

Autoras: Ariadna Compte Güell y Mariona Guardia Sans

Tutora: Amalia Guerrero Pedraza

CASM Benito Menni Sant Boi de Llogregat. Barcelona



57. COMPORTAMIENTOS AUTOLÍTICOS 517

Autoras: Ana Blázquez Hinojosa y Montserrat Guitart Colomer

Tutores: Evaristo Nieto Rodríguez y Marta Puig Sanz

Althaia Xarxa Assistencial Manresa. Barcelona

58. TRASTORNO FACTICIO 529

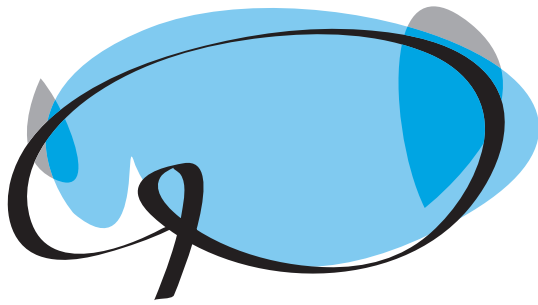
Autores: Teresa Lorenzo Gómez y Federico Cardelle Pérez

Tutora: Elena de las Heras Liñero

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra

MANUAL

DEL Residente
EN Psiquiatría



TOMO

Índice





MÓDULO 3. TRATAMIENTOS E INVESTIGACIÓN EN PSIQUIATRÍA (FORMACIÓN LONGITUDINAL)

ÁREA - PSICOTERAPIAS

59. NIVEL I. ESCUCHA, ENCUADRE, DIFICULTADES, PSICOEDUCACIÓN 541

Autoras: M^a Carmen Díaz Fernández y Neria Morales Alcaide

Tutores: Vicenta M^a Piqueras García y Miguel Ángel Martín Rodríguez

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete

60. NIVEL II. APOYO, INTERVENCIÓN EN CRISIS Y DESTREZAS ESPECÍFICAS 549

Autora: Elena Palomo

Tutor: Jesús Alonso Fernández

Hospital de Donostia. San Sebastián

61. PSICOTERAPIA I: DEFINICIÓN, INDICACIÓN Y EVALUACIÓN DE CASOS 561

Autores: Ainoa Muñoz San José y David López Gómez

Tutora: Beatriz Rodríguez Vega

Hospital Universitario La Paz. Madrid

62. PSICOTERAPIA II: ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO DESDE LAS DIFERENTES PERSPECTIVAS 569

Autoras: Susana Cebolla Lorenzo y M^a Eva Román Mazuecos

Tutora: Ángela Palao Tarrero

Hospital Universitario La Paz. Madrid

63. DESARROLLO DEL ROL DEL TERAPEUTA 577

Autores: Lucía Torres y María José Ávila

Tutora: Carmen Bayón

Hospital Universitario La Paz. Madrid

ÁREA - TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

64. PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO CON PSICOFÁRMACOS 585

Autores: Elena Peregrín Abad y David Albillo Labarra

Tutor: Carlos Rejón Altable

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid

65. ANTIPSICÓTICOS 595

Autor: Ramón Ramos Ríos

Tutor: Mario Páramo Fernández

Complejo Hospitalario Universitario de Conxo. Santiago de Compostela

66. ANTIDEPRESIVOS 607

Autoras: María del Carmen Serrano Cartón y Mónica González Santos

Tutor: Juan Carlos Díaz del Valle

Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña

67. ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS 619

Autores: M^a del Carmen Alonso García y Ángel Delgado Rodríguez

Tutor: Ignacio Gómez-Reino Rodríguez.

Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense

68. LITIO Y EUTIMIZANTES 629

Autoras: Carmen Iranzo Tatay e Isabel Martín Martín

Tutor: Alejandro Povo Canut

Hospital La Fe. Valencia

69. OTROS PSICOFÁRMACOS DE UTILIZACIÓN FRECUENTE 639

Autoras: Maeva Fernández Guardiola y Pilar Elías Villanueva

Tutor: Miguel Á. de Uña Mateos

Hospital Royo Villanova. Zaragoza



70. ESTRATEGIAS FARMACOLÓGICAS ANTE LA RESPUESTA INSUFICIENTE 647

Autores: Ana Martín, Rosa Blanca Sauras y Ferrán Viñas

Tutora: Josefina Pérez Blanco

Hospital de La Santa Cruz y San Pablo, Barcelona

71. OTROS TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS 657

Autoras: Imma Buj Álvarez e Irene Forcada Pach

Tutora: Ester Castán Campanera

Hospital Arnau de Vilanova-Gestió de Serveis Sanitaris, Hospital Santa María. Lleida

ÁREA - INVESTIGACIÓN

72. NIVEL I. SESIÓN CLÍNICA 671

Autores: Eva Villas Pérez, Silvia Elena Mabry Paraíso y David Calvo Medel

Tutor: Ricardo Claudio Campos Ródenas

Hospital Clínico Universitario. Zaragoza

73. NIVEL II. REVISIONES Y PRESENTACIONES ENTRE IGUALES 677

Autoras: Marta Lucas Pérez-Romero y M^a Teresa Tolosa Pérez

Tutores: Vicenta M^a Piqueras García y Miguel Ángel Martín Rodríguez

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete

74. NIVEL III. PRESENTACIONES EN REUNIONES CIENTÍFICAS 685

Autores: Ignacio Vera López e Ignacio Vidal Navarro.

Tutor: Ángel Ramos Muñoz.

Hospital Universitario de Getafe. Madrid

75. NIVEL IV. INCORPORACIÓN A LÍNEA DE INVESTIGACIÓN 691

Autores: Verónica Gálvez Ortiz, Pedro Toledano Tortajada y Esther Vía Virgili

Tutor: José Manuel Crespo Blanco

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona

76. NIVEL V. DOCTORADO 699

Autores: Raquel Álvarez García, Diana Zambrano-Enríquez Gandolfo y Ezequiel Di Stasio

Tutor: Enrique Baca-García

Fundación Jiménez Díaz. Madrid

MÓDULO 4. ROTACIONES (FORMACIÓN TRANSVERSAL)**ÁREA - ATENCIÓN PRIMARIA/NEUROLOGÍA/MEDICINA INTERNA**

**77. ¿CÓMO ORGANIZAR LA ROTACIÓN POR
ATENCIÓN PRIMARIA/NEUROLOGÍA/MEDICINA INTERNA? 709**

Autores: Anna Osés Rodríguez, Quintí Foguet Boreu, Raquel Cecília Costa y Montse Coll Negre

Tutora: Montse Serra Millas

Hospital General de Vic. Barcelona

78. LA SALUD FÍSICA DEL ENFERMO CON TRASTORNO MENTAL 713

Autoras: M^a Virtudes Morales Contreras y María Teresa Pérez Castellano

Tutora: M^a Virtudes Morales Contreras

Hospital de Toledo. Toledo

79. SALUD MENTAL PERINATAL 723

Autoras: Alba Roca Lecumberri y Cristina Marqueta Marqués

Tutores: Ana Herrero Mendoza y Vicenç Vallès Callol

Consorci Sanitari de Terrassa. Terrassa. Barcelona

**80. ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS DE LA EPILEPSIA Y OTRAS ENFERMEDADES
NEUROLÓGICAS 735**

Autoras: Ana Belén López Catalán y María Vicens Poveda

Tutor: Daniel Olivares Zarco

Servicio de Psiquiatría. Hospital General Universitario de Guadalajara



81. LA COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES DE LA SALUD 747

Autoras: Isabel Gobernado Ferrando y Elena Benítez Cerezo

Tutor: Carlos Rianza Bermudo-Soriano

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

ÁREA - HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS

82. CÓMO ORGANIZAR LA ROTACIÓN POR LA UNIDAD DE AGUDOS 757

Autoras: Olga González Irizar y Ana Sáenz Ballobar

Tutor: Modesto Pérez Retuerto

Hospital Psiquiàtric Universitari Institut Pere Mata, Reus. Tarragona

**83. ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LA HISTORIA CLÍNICA
EN LA UNIDAD DE AGUDOS 765**

Autoras: Ariadna Martínez Fernández y Patricia Alvaro Serón

Tutora: Purificación Salgado Serrano

Institut Municipal Asistencia Sanitaria (IMAS). Barcelona

84. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN HOSPITALARIA 775

Autores: Ewa Rybak Malgorzata y José Ramón Rodríguez Larios

Tutor: Tomás Martín Pinto

Complejo Hospitalario de Ávila. Ávila

85. EL EQUIPO DE LA UNIDAD DE AGUDOS 785

Autoras: Nereida Martínez Pedrosa y Sara García Marín

Tutor: José Guerrero Velázquez

Residencia Sanitaria Ruiz de Alda (Virgen de las Nieves). Granada

86. LA GESTIÓN DEL AMBIENTE TERAPÉUTICO Y DEL ALTA HOSPITALARIA 793

Autores: José María Blanco Lobeiras y María Jesús Acuña Gallego

Tutor: José María Blanco Lobeiras

Complejo Hospitalario de Pontevedra

**87. AGITACIÓN PSICOMOTRIZ: PAUTAS DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
Y MEDIDAS DE CONTENCIÓN. ASPECTOS ÉTICO-LEGALES 803**

Autores: Ana Franco Barrionuevo, Christopher Meléndez García y Carmen Parres Rodríguez

Tutor: Fermín Mayoral Cleries

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

ÁREA - PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

88. ORGANIZACIÓN DE LA ROTACIÓN DEL MIR EN LA USM 817

Autores: Miguel Hernández González y Francisco Javier Trujillo Carrillo

Tutor: José García-Valdecasas Campelo

Hospital Universitario de Canarias. Tenerife

**89. ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LA HISTORIA CLÍNICA
EN LA ATENCIÓN COMUNITARIA 823**

Autores: Claudia Ruiz Bennasar y Eloy Martín Ballesteros

Tutor: Eloy Martín Ballesteros

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid

90. DISEÑO DE INTERVENCIONES MULTIDISCIPLINARES 831

Autores: Bernardo Casanova Peña, María Henar Arranz García, Inmaculada Asensio Moreno
y Caridad Benavides Martínez

Tutor: José Luís Ruiz Robles

Complejo Asistencial de Segovia. Segovia

91. PSIQUIATRÍA COMUNITARIA. LA ATENCIÓN DOMICILIARIA 839

Autoras: Anna Juan Guillem y Marta Román Alonso

Tutor: Manuel Rodríguez de la Torre

Hospital Can Misses. Ibiza

92. EL EQUIPO DE SALUD MENTAL. ROLES, FUNCIONES, ORGANIZACIÓN 847

Autoras: Cristina Emeterio Delgado y Covadonga Huergo Lora

Tutor: Sergio Ocio León

Centro de Salud Mental de Mieres. Asturias



93. LA RED DE SALUD MENTAL COMUNITARIA 853

Autores: María Teresa García López y Enrique García Núñez

Tutor: Enrique García Núñez

Parc Hospitalari Martí i Julià, Salt. Girona

94. EL TRABAJO EN ATENCIÓN PRIMARIA 857

Autoras: Susana Herrera Caballero y Nazaret Marín Basallote

Tutora: Rocío Martín Romero

Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz

95. EL TRABAJO CON FAMILIARES Y USUARIOS 863

Autoras: Laura Gisbert Gustemps e Itziar Montalvo Aguirrezabala

Tutor: Ramón Coronas Borri

Corporació Sanitària Parc Taulí. Barcelona

96. GESTIÓN CLÍNICA Y DOCUMENTACIÓN DE UN ESM 871

Autores: Eva González Ríos y Juan Ramón León Cámara

Tutor: José Manuel García Ramos

Hospital Universitario Puerta Del Mar. Cádiz

97. PSIQUIATRÍA COMUNITARIA: ASPECTOS ÉTICOS MÉDICO-LEGALES 879

Autoras: Nieves Rodríguez y Francisca Romero Marmaneu

Tutor: Carlos Knecht

Hospital General de Castellón. Castellón

98. ACTIVIDADES PREVENTIVAS 889

Autoras: Isabel Moreno Encabo y Patricia Larrauri Echevarría

Tutor: Manuel Rodríguez de la Torre

Hospital Can Misses. Ibiza

ÁREA - REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA

99. CÓMO ORGANIZAR LA ROTACIÓN POR LOS DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA 897

Autoras: Azul Forti Buratti y Esperanza Gómez Durán

Tutora: Gema Hurtado Ruiz

Centres Assistencials Dr. Mira i López. Barcelona

100. EVALUACIÓN DE LA PERSONA CON TRASTORNO MENTAL GRAVE 905

Autora: Isabel Menéndez Miranda

Tutor: Celso Iglesias García

Servicio de Salud Mental, Avilés. Asturias

101. DISEÑO DE PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN (PIA) EN REHABILITACIÓN 913

Autores: Eskarne Zallo Atxutegi y Ainara Arnaiz Muñoz

Tutores: Juan Moro Abascal y Luis Ugarte Arostegui

Hospital Psiquiátrico de Zamudio. Bizkaia

102. GESTIÓN DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN 921

Autores: Juan Luis Muñoz Sánchez, Carolina Rodríguez Pereira, Alicia Prieto Domínguez y Carlos Sánchez Martín

Tutor: Manuel A. Franco Martín

Complejo Asistencial de Zamora. Zamora

103. LOS DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN 929

Autores: Anna Mont Canela y Miguel Blasco Mas

Tutor: Germán Gómez Bernal

Hospital Obispo Polanco. Teruel

104. ASPECTOS ÉTICOS Y MÉDICO-LEGALES 937

Autoras: Berta Cejas Pascual y Leticia Muñoz García-Largo

Tutora: Eudoxia Gay Pamos

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba



ÁREA - INTERCONSULTA Y ENLACE

105. CÓMO ORGANIZAR LA ROTACIÓN POR INTERCONSULTA Y ENLACE 949

Autoras: Belén Berjano Noya y Ester Zarandona Zubero

Tutora: M^a Soledad Mondragón Egaña

Hospital Galdakao, Usansolo. Vizcaya

106. INTERCONSULTA 957

Autores: Noemy Escudero Cuyvers e Ignacio Lara Ruiz-Granados

Tutora: Carmen Rodríguez Gómez

Hospital de Jerez. Cádiz

107. ENLACE 965

Autoras: Irene Sanchís Marco y Susana Arnau Garví

Tutor: Jesús Bedate Villar

Hospital General Universitario de Valencia. Valencia

108. PSICOLOGÍA DE LA SALUD 973

Autores: Josué Monzón y Juan Pablo Girbau

Tutora: Rosario Cejas

Hospital Universitario de Canarias. Tenerife

109. EL PROBLEMA DE LOS PROFESIONALES ENFERMOS 981

Autoras: M^a Cecilia Navarro Marfisis y Mónica Prat Galbany

Tutor : José Antonio Navarro Sanchís

Hospital Universitari Vall d´Hebron. Barcelona

110. ASPECTOS DE GESTIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE LA INTERCONSULTA 989

Autores: Ana Barrera Francés, Miquel Bel Aguado y Patricia Gracia García

Tutora: Isabel Irigoyen Recalde

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

**111. PSIQUIATRÍA DE INTERCONSULTA Y ENLACE:
ASPECTOS LEGALES Y ÉTICOS 999**

Autores: Raquel de Álvaro López y Gilberto Lobato Correia

Tutor: Miguel Ángel Cuquerella Benavent

Hospital General de Castellón. Castellón

ÁREA - INFANTO-JUVENIL

112. ORGANIZACIÓN DE LA ROTACIÓN INFANTO-JUVENIL 1009

Autora: Adela Pérez Escudero

Tutoras: Ainhoa Garibi Pérez y Dolores Moreno Pardillo

Hospital universitario Gregorio Marañón. Madrid

**113. ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LA HISTORIA CLÍNICA EN PSIQUIATRÍA
INFANTO-JUVENIL 1015**

Autor: Antonio España Osuna

Tutores: Fernando Sarramea Crespo y Pedro Torres Hernández

Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

114. ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL TRATAMIENTO 1025

Autoras: Laura Pina Camacho y Adela Pérez Escudero

Tutora: Carmen Moreno Ruiz

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

**115. LOS DIFERENTES DISPOSITIVOS ASISTENCIALES EN PSIQUIATRÍA
INFANTO-JUVENIL. ROLES, FUNCIONES, ORGANIZACIÓN 1033**

Autores: Beatriz Baón Pérez y Luis Beato Fernández

Tutor: Luis Beato Fernández

Hospital de Ciudad Real. Ciudad Real

116. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES EN PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL 1041

Autores: Laura Borredà Belda y Pedro Enrique Asensio Pascual

Tutor: Francisco Pérez Prieto

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia



ÁREA - ALCOHOLISMO Y OTRAS ADICCIONES

117. CÓMO ORGANIZAR LA ROTACIÓN POR ALCOHOLISMO Y OTRAS ADICCIONES 1051

Autoras: Élide Grande Argudo y Amaia Eguizabal Salterain
Tutora: M^a Soledad Mondragón Egaña
Hospital Galdakao, Usansolo. Vizcaya

118. ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL ALCOHOLISMO Y OTRAS ADICCIONES 1057

Autores: Tulio Callorda Boniatti y Ariadna Balagué Añó
Tutora: Olga Simón Martín
Hospital Universitario Mútua de Terrassa. Barcelona

119. ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL TRATAMIENTO EN ALCOHOLISMO Y OTRAS ADICCIONES 1067

Autoras: Susana Arnau Garví e Irene Sanchís Marco
Tutor: Jesús Bedate Villar
Hospital General Universitario de Valencia. Valencia

120. EL PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DUAL 1075

Autoras: M^a José Besalduch Arín, Virginia Pérez Maciá y Gustavo López Pérez
Tutora: Lorena García Fernández
Hospital Universitario de San Juan. Alicante

121. LOS DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS 1083

Autoras: María Ballester Martínez y Ana Ballester Gil
Tutor: Carlos García Yuste
Hospital Universitario de La Ribera, Alzira. Valencia

**122. ASPECTOS DE GESTIÓN Y DOCUMENTACIÓN EN LA ATENCIÓN
A LOS TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS 1089**

Autoras: Luz González Sánchez y Virginia Redondo Redondo

Tutor: Bartolomé Pérez Gálvez

Hospital Universitario de San Juan. Alicante

**123. ALCOHOLISMO Y OTRAS ADICCIONES:
ASPECTOS ÉTICOS Y MÉDICO-LEGALES 1097**




Autoras: M^a Ángeles Valero López y Elena Ferrer Sánchez

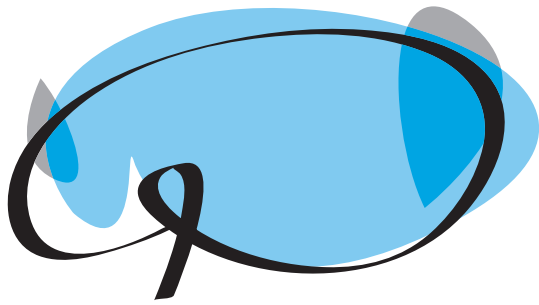
Tutor: José Manuel Bertolín Guillén

Hospital Arnau de Vilanova, Llíria. Valencia

NOTA ACLARATORIA

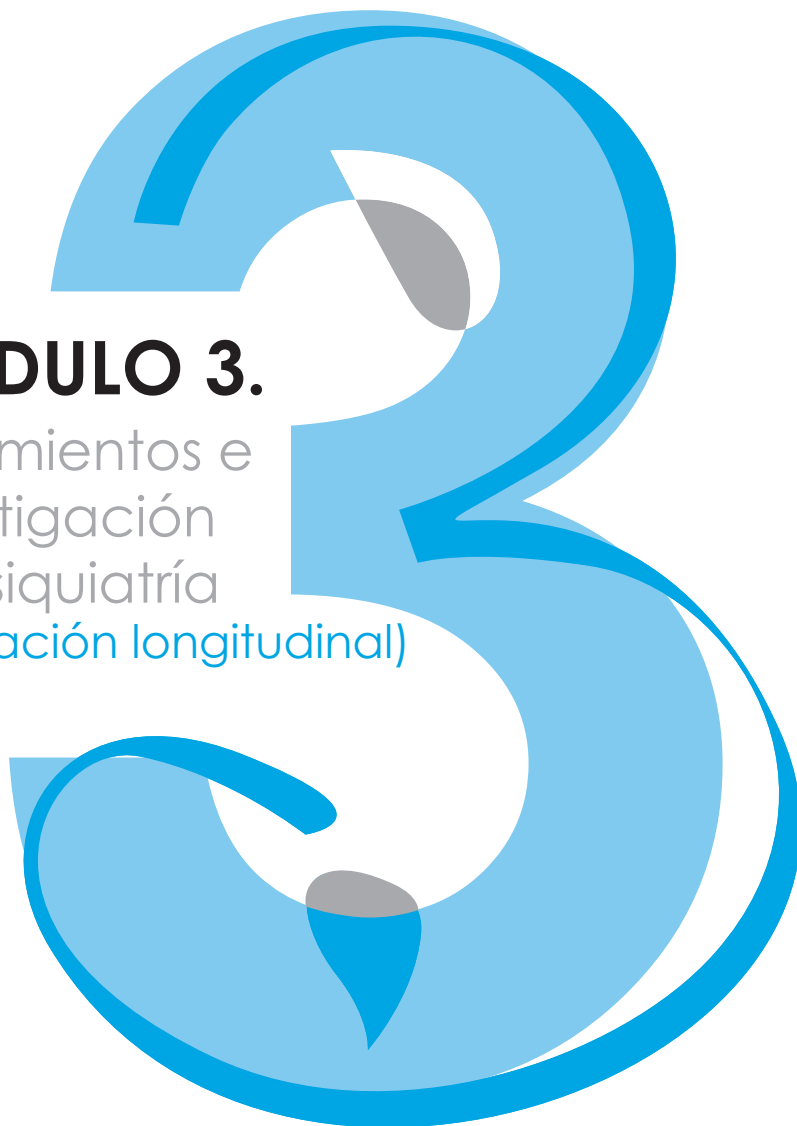
Los conceptos importantes que los distintos autores han querido resaltar, se indican en los márgenes de cada texto con iconos que gradúan la importancia de los mismos según el siguiente criterio:

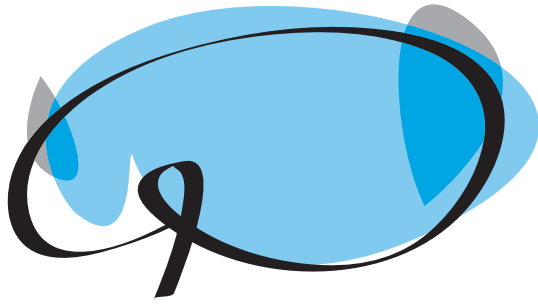
Levemente importante	
Moderadamente importante	
Muy importante	



MÓDULO 3.

Tratamientos e
Investigación
en psiquiatría
(Formación longitudinal)





MÓDULO 3.

Tratamientos
e Investigación
en psiquiatría
(Formación
longitudinal)



Psicoterapias





59. NIVEL I. ESCUCHA, ENCUADRE, DIFICULTADES, PSICOEDUCACIÓN



Autoras: M^a Carmen Díaz Fernández y Neria Morales Alcaide
Tutores: Vicenta M^a Piqueras García y Miguel Ángel Martín Rodríguez
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete

CONCEPTOS ESENCIALES

La escucha es la capacidad empática de entender al otro, base de cualquier relación terapéutica.

El encuadre permite mantener la continuidad del proceso terapéutico y a su vez se convierte en una herramienta del mismo.

Las dificultades en cualquier tipo de psicoterapia deben preverse y/o abordarse para que no interfieran negativamente sobre el proceso terapéutico.

La psicoeducación es una de las herramientas con la que debemos contar, cada vez con mayor frecuencia, dada su amplia posibilidad de usuarios y su alto rendimiento.

1. ESCUCHA

1.1. INTRODUCCIÓN

Escuchar es la capacidad de recibir, atender, interpretar y responder a los mensajes verbales y otras expresiones; significa entender, comprender y dar sentido a lo que se oye.

La escucha es la suma de tres cosas: arte, ciencia y cualidad social, todo ello soportado sobre la base de una actitud positiva hacia la importancia que tiene el arte de escuchar.

La capacidad de escucha se extiende a la estructura interna de la persona aún cuando no hay sonidos. Escuchamos los silencios del otro, sus gestos, sus posturas, y les damos una interpretación personal. Escuchar es, por tanto, un proceso psicológico y activo.

La escucha activa es la base para una comunicación efectiva y el inicio de una relación terapéutica.

1.2. TIPOS DE ESCUCHA

- **Apreciativa:** escucha de manera relajada y busca placer, entendimiento o inspiración.
- **Selectiva:** escucha seleccionando la información que le interesa al receptor.
- **Discernimiento:** escucha la información completa, entiende el mensaje en general y determina los detalles importantes.
- **Reflexiva:** escucha reflexionando sobre el mensaje o parte de él.
- **Analítica:** escucha el orden y el sentido de la información para entender la relación entre las ideas. Medita sobre lo que se ha dicho y examina si las conclusiones son lógicas y objetivamente correctas. El receptor separa la información de las emociones del emisor.
- **Sintética:** el receptor toma la iniciativa de la comunicación hacia sus objetivos. Realiza afirmaciones para que el interlocutor conteste con sus ideas.



- Empática: escucha sin prejuicios, da apoyo a quien habla y aprende de la experiencia de su interlocutor.
- Activa: escucha captando la totalidad del mensaje, interpreta el significado y envía señales de confirmación.

1.3. HABILIDADES DE ESCUCHA

Su objetivo es facilitar al terapeuta el acceso al discurso del paciente.

1.3.1. Actitud general de escucha

- Postura física del terapeuta.
 - Ángulo-frente: no sentarse de frente, sino con un ángulo de 90 grados respecto al paciente, para que el paciente pueda concentrarse en su discurso sin tener que enfrentar nuestra mirada.
 - Inclinación hacia delante: indica interés en lo que se está escuchando.
 - Apertura (manos y brazos): se trata de asegurar que la postura expresa nuestra apertura a la escucha.
 - Mirada: el contacto visual suele interpretarse como una manifestación de interés. Este no implica una mirada fija o inmóvil, ya que puede resultar artificiosa o inquietante.
 - Relajación: las posturas demasiado rígidas o las manifestaciones de inquietud o nerviosismo pueden hacer que el paciente se sienta incómodo y dificultar la entrevista.
- Actitud interna del entrevistador.
 - Silencio intrapsíquico: dedicar nuestras reflexiones al paciente durante la entrevista y no dedicarse a pensar en otras cosas.
 - Suspensión del juicio: comprender el mundo de valores y significados del paciente; comprender cómo éstos se manifiestan en su comportamiento, sin juzgarlo según nuestros propios valores.

1.3.2. Atención a lo no explícito

- Discurso incompleto: interesa localizar fragmentos omitidos en la conversación terapéutica e indagar los motivos por los que se ha procedido así con ellos.

- Contenido implícito: ayudar al paciente a hacer consciente el contenido latente e identificar significados que no están explícitamente dichos.
- Discurso evasivo: temas evitados selectivamente por el paciente.
- Omisiones: de personajes o hechos que pudieron ser relevantes en alguna parcela de la vida del paciente.
- Discurso recurrente (temas repetidos): entre los relativamente frecuentes está el haberse sentido despreciado o maltratado, el haber fracasado, el no haber sido recompensado como se merecía, el haber sido incapaz de algo, etc.

1.3.3 Atención a la comunicación no verbal del paciente

- Apariencia general: ropa, peinado, adornos, tatuajes.
- Autocuidado.
- Actitud corporal: puede expresar tensión, rabia, temor, desconfianza, desgana, intranquilidad, entre otros.
- Expresión facial: facies triste, sonrisa, amimia, hostilidad.
- Tono de voz.
- Aparición de reacciones neurovegetativa; sudoración, rubefacción, palidez.
- Características físicas.

1.3.4. Atención a la respuesta experimentada por el terapeuta

- Debemos ser capaces de reconocer las emociones, pensamientos y comportamientos que nos genera el discurso del paciente (contratransferencia) para poder manejarlos a nivel terapéutico.

2. ENCUADRE

2.1. DEFINICIÓN

El encuadre es el marco en el que va a ocurrir el proceso terapéutico. Es el establecimiento de una serie de normas y reglas que van a permitir dar con-

tinuidad al mismo. Su manejo se convierte en una herramienta de trabajo.

Permite mantener constantes ciertas variables pre-establecidas.

Tras realizar la evaluación diagnóstica del paciente, y habiendo indicado la intervención psicoterapéutica, es importante delimitar con la colaboración del paciente el encuadre.

➔ 2.2. VARIABLES

Están en función del tipo de intervención que se vaya a realizar:

- Personas incluidas en el proceso (individual, de pareja, de familia, de grupo...).
- Lugar en el que va a llevarse a cabo y posición durante la entrevista (cara a cara o no, en la mesa o en los sillones, etc.).
- Horario, frecuencia y duración de las sesiones.
- Manejo de incidencias como retrasos, citas perdidas o canceladas, urgencias o citas extras.
- Duración previsible de la terapia: ilimitado, con pretensión de brevedad, con fecha de terminación fija, con número de sesiones predeterminado...
- Deben explicitarse las normas básicas que han de regular la actividad del paciente (asociación libre, cumplimiento de las tareas para casa...) y del terapeuta (contestará o no a todas las preguntas, preguntará directamente o no, dará o no opiniones o consejos...).

2.3. TIPOS DE ENCUADRE

Los tipos de encuadre son tan variados como los múltiples tipos de psicoterapia existentes. Incluso podríamos pensar que como los diferentes procesos terapéuticos.

3. DIFICULTADES

A lo largo del proceso psicoterapéutico se pueden presentar diferentes problemas o dificultades. En este punto intentaremos remarcarlos y plantear soluciones.

3.1. PROBLEMAS AL INICIO DE LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

El paciente acude a la consulta con una idea preconcebida acerca de la ayuda a recibir, esta idea puede resultar incompatible con las condiciones de trabajo del terapeuta o puede ser inadecuada para solucionar su problema. En este caso se debe reformular la demanda del paciente.

Después de un tiempo de valoración no se consiguen acordar unos objetivos para la intervención (el terapeuta no considera motivo de intervención, los objetivos que persigue el paciente son del tipo "conocerse mejor", o el paciente no se involucra en el tratamiento). Esta situación puede requerir posponer la fijación de objetivos, un cambio de modalidad de atención ó el fin de la terapia.

Aunque se fijen objetivos, no se consigue acordar un foco o el encuadre adecuado para el problema. En este caso intentar formular el foco en otro registro (afecto, conducta, relaciones, síntomas...) o acordar un encuadre compatible con el tratamiento aunque no sea el ideal.

➔ El paciente acepta un encuadre, pero lo transgrede (acude sin cita, llega tarde, no realiza las tareas acordadas...). Esto debe ser entendido y manejado como parte de los problemas objetivo del tratamiento, se recomienda recordar al paciente el encuadre, pedirle que se adapte a él, comprobar que ha comprendido lo expuesto explicando las razones por las que se estableció así, confrontar e interpretar la transgresión como una manifestación del problema y por último aceptarlo e incluso en algunos casos utilizarlo paradójicamente (p. ej. el no traer la tarea puede ser una llamada de atención sobre otros problemas que al paciente preocupan más).

No se consigue una definición de los roles terapeuta/paciente (problemas personales, problemas burocráticos). En tales condiciones cambio de terapeuta.

La motivación para el cambio es para algunos necesaria, pero para otros no. En paciente precontemplador (no se plantea la conveniencia de cambiar) es necesario hacer experimentar como problemáticas las pautas que han de ser cambiadas. Se actúa a dos niveles: algo en su conducta, pensamiento o emociones es vivido como indeseable y la terapia es



un procedimiento mediante el cual el paciente puede hacer algo para evitarlo.

Los precipitadores de fenómenos transferenciales al inicio de la terapia son los más evidentes: sexo, edad, modo de vestir,... del terapeuta. A través de las reacciones del paciente, el terapeuta puede y debe modificar la forma de interacción, de modo que las entrevistas sean lo más fructíferas posible. Si esta dificultad no se consigue salvar esta indicado el cambio de terapeuta.

Respecto a la contratransferencia al inicio de la terapia, las características externas del paciente pueden desencadenar en el terapeuta reacciones basadas en acontecimientos vitales. Un buen conocimiento de sí mismo puede ayudar al terapeuta a reconducir su forma de actuar del modo más adecuado para conseguir el beneficio del paciente. Si no se consigue solucionar este problema, esta indicado el cambio de terapeuta.

3.2. PROBLEMAS DURANTE LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

Existen determinadas dificultades asociadas a determinados diagnósticos, por ejemplo los pacientes diagnosticados de trastorno límite de la personalidad pasan de la idealización al odio hacia el terapeuta, tienden a transgredir el encuadre y responden con dificultad en la terapia con actuaciones. La solución a estos problemas se debe de abordar en los temas correspondientes a cada patología.

Rasgos del paciente que dificultan la realización de tareas encomendadas (p. ej. si el nivel cultural es bajo, adaptar la terapia...).

Rasgos del paciente que dificultan la relación con el terapeuta (p. ej. dificultades para afrontar la separación implica dificultades para terminar la terapia, rasgos paranoides implican dificultades para confiar en el terapeuta). El terapeuta debe identificar estos rasgos y modificar la forma de interacción durante las entrevistas.

➡ La transferencia es el proceso por el que el paciente experimenta su relación con el terapeuta en los términos de su pauta problema y actúa con respecto a él según estos términos. Es importante

identificar los fenómenos transferenciales y trabajar en la consulta la pauta problema con toda su carga afectiva; además de proporcionar una experiencia diferente al responder el terapeuta a las acciones del paciente de un modo diferente al que normalmente induce en las personas con las que se relaciona en su vida cotidiana. Si el terapeuta no es capaz de vencer estas dificultades, puede estar indicado un cambio de terapeuta.

➡ La contratransferencia es el proceso por el cual el terapeuta experimenta su relación con el paciente en términos de sus propias pautas y se siente impulsado a responder en función de las mismas y no en consideración de su papel como psicoterapeuta. El terapeuta debe ser capaz de reconocer estos fenómenos y reconducir su modo de actuar en estos casos, si esto no es posible está indicado cambio de terapeuta.

➡ La resistencia se entiende como la dificultad para avanzar hacia el cambio en el contexto de la relación con el terapeuta. Suele aparecer cuando se enfrentan temas que desafían las necesidades de seguridad, aceptación social e integridad personal (p. ej. evitación del sufrimiento). En este caso se indica enlentecer o cambiar el ritmo del proceso, buscar nuevas vías o abordajes para el cambio, confrontar la resistencia de forma directa o indirecta, ayudar al paciente a entender cual es su propósito y volver a su favor la fuerza que la mueve.

3.3. PROBLEMAS EN LA TERMINACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

El paciente plantea nuevos objetivos diferentes de los acordados al inicio. En esta situación es necesario referirse a los acuerdos establecidos al inicio como objetivos, se debe trabajar el miedo a la separación y a tener que afrontar sin apoyo de la terapia la vida. Si se plantean objetivos que realmente precisan atención, pero que habían pasado inadvertidos es preferible terminar la terapia que se inició y comenzar una nueva terapia con los nuevos objetivos.

El paciente no se considera capaz de mantener o consolidar los logros de la terapia sin ayuda. En este caso se puede proponer al paciente un periodo de prueba, estableciendo un periodo de tiempo en el que el paciente intentará valerse por sí mismo, tras el cual si el paciente continúa necesitando ayuda

se iniciará una nueva terapia con nuevos objetivos adecuados a la situación.

4. PSICOEDUCACIÓN

4.1. DEFINICIÓN

A falta de una definición consistente del término psicoeducación en nuestros días, podríamos decir que se trata de una modalidad de intervención terapéutica que proporciona:

- Educación al paciente y/o familia.
- Habilidades de afrontamiento.
- Técnicas de reducción de problemas.
- A veces se ofrece una serie de pautas para la recuperación y el mantenimiento.

Es especialmente prevalente en los trastornos del Eje I, como la esquizofrenia y el trastorno bipolar, habiendo demostrado ser beneficiosa para los pacientes y sus familias, así como tener un bajo coste de aplicación.

Su foco principal está en la educación-información/ hechos y desarrollo de habilidades (diferencia con otros tratamientos multimodales). No es fundamental la atención en la dinámica familiar.

Sus objetivos principales son: aumentar las habilidades de afrontamiento y promover los cambios de conducta.

4.2. DESARROLLO HISTÓRICO

En la década de 1960 se llevó a cabo la desinstitutionalización de enfermos mentales crónicos y graves, regresando éstos a la vida en sociedad con los miembros de su familia. La investigación sobre la esquizofrenia hizo surgir la apreciación de las necesidades y experiencias de los miembros de la familia, reconociéndose conceptos teóricos como carga, pena y depresión de miembros familiares.

En la década de 1970 se estableció la modalidad de tratamiento familiar para la esquizofrenia, denominada psicoeducación familiar. Posteriormente, este modelo ha sido adaptado para otros diagnósticos como el trastorno bipolar y la depresión grave.

4.3. PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR: COMPONENTES Y DEFINICIONES

4.3.1. Componentes clave u objetos de intervención

- Educar a los pacientes y los miembros de la familia sobre una determinada enfermedad :
 - Sus factores etiológicos.
 - Hallazgos de la investigación.
 - Factores que alivian o exacerban los síntomas o la gravedad.
 - Opciones de tratamiento y evolución esperada.
 - Recursos de la comunidad.
- Enseñar habilidades de afrontamiento y habilidades individuales y familiares para:
 - Manejar la enfermedad y sus efectos.
 - Minimizar la discapacidad.
 - Maximizar el funcionamiento.
- Ofrecer un foro para resolver problemas.
- Proporcionar apoyo continuado al paciente y a los miembros de la familia.

Existen programas para pacientes, para familiares y para familiares-pacientes.

4.3.2. Educación

Los participantes deben recibir la información más actual sobre etiología, opciones de tratamiento, medicaciones y opciones farmacológicas y hallazgos de investigación. Es necesario tener en cuenta además que los participantes tienen también interés en los temas de trauma precoz e influencias del ambiente, desarrollo de medicaciones y cuestiones farmacológicas e implicaciones de los hallazgos de investigación.

4.3.3. Entrenamiento en habilidades

- Entrenamiento en habilidades de los padres: habilidades sociales, resolución de problemas, entrenamiento en asertividad, manejo del estrés, manejo de la ira y técnicas de relajación.
- Habilidades familiares: comunicación (expresión apropiada, validación), capacidad de educar y cuidar, resolución conjunta de problemas y otras habilidades de relación e interpersonales.



4.3.4. Apoyo social

La psicoeducación familiar proporciona una oportunidad para desarrollar alianza y colaboración entre profesionales y cuidadores familiares, y para la colaboración con el mismo paciente.

También tiene gran valor el sistema de apoyo desarrollado entre los participantes. Los pacientes y familiares pueden muchas veces no sólo hacer sugerencias específicas para manejar una situación sino también dar el apoyo social y emocional necesario para implementar una solución.

4.3.5. Resolución de problemas/integrar el conocimiento y las habilidades en cambios de conducta

Es el componente que menos se encuentra en los programas de psicoeducación.

Los problemas específicos de los participantes se trasladan al grupo para hacer trabajar colectivamente al grupo con el fin de aplicar las nuevas tácticas adquiridas, y con el objetivo de resolver o manejar efectivamente la situación planteada.

Generalmente se dispone de un protocolo conductual estructurado que incluye pautas con las prácticas de comportamiento específicas a seguir por los participantes, con el objetivo de que todos los individuos reconozcan y acepten la necesidad de cambiar.

Al final de un programa de psicoeducación, centrarse en la resolución de problemas da la oportunidad a los pacientes y sus familiares de unir la serie de habilidades para mejorar los problemas actuales que podrían transformarse fácilmente en crisis.

4.4. EJEMPLO DE UN MODELO DE PSICOEDUCACIÓN INDIVIDUAL: NIVELES Y OBJETIVOS DE SUS MECANISMOS DE ACCIÓN

- Mecanismos elementales (objetivos parciales de primer nivel).
 - Adquisición de conciencia de enfermedad.
 - Detección precoz de síntomas prodrómicos.
 - Cumplimiento terapéutico.
- Mecanismos secundarios (objetivos parciales de segundo nivel).
 - Controlar el estrés.
 - Evitar el uso y abuso de sustancias.
 - Lograr regularidad en el estilo de vida.
 - Prevenir la conducta suicida.
- Objetivos desiderativos o de excelencia clínica (a alcanzar una vez se han cubierto niveles anteriores).
 - Incrementar el conocimiento y el afrontamiento de las consecuencias psicosociales de episodios pasados y futuros.
 - Mejorar la actividad social e interpersonal entre episodios.
 - Afrontar los síntomas residuales subsindrómicos y el deterioro.
 - Incrementar el bienestar y mejorar la calidad de vida.

RECOMENDACIONES CLAVE

La actitud abierta, empática y receptiva permite que podamos tener una formación amplia e integral que nos ayudará en nuestra labor en salud mental.

El conocimiento de las habilidades y de los instrumentos de las psicoterapias en general nos va a permitir desarrollar mejor nuestro quehacer y nos van a enriquecer a nivel personal. Sería recomendable profundizar en algún tipo de psicoterapia en función de las inquietudes personales

5. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas: Con ejercicios del profesor. 3ª ed. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer. 2006.

Hoffman PD, Fruzzetti AE. Psicoeducación. En: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS. Tratado de los trastornos de la personalidad. Barcelona: Ed. Elsevier Doyma. 2007:377-387

Colom F, Vieta E. Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar. Barcelona: Ed. Ars Medica. 2004.

Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia: La construcción de narrativas terapéuticas. 2ª ed. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer. 2007.

Hales JA, Yudofsky SC, Talbot JA. Tratado de psiquiatría. 2ª ed. Barcelona: Ed. Áncora S.A. 1996.

6. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Comier WH, Comier LS. Interviewing strategies for helpers. 1991. Versión castellana: Estrategias de entrevista para terapeutas. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer. 1994.

Frank JD. Elementos terapéuticos compartidos por todas las psicoterapias. En Mahoney MJ, Freeman A (eds.). Cognition and Psychotherapy. Nueva York: Ed. Plenum Press. 1985. Versión castellana: Cognición y psicoterapia. Barcelona: Ed. Paidós. 1988.





60. NIVEL II. APOYO, INTERVENCIÓN EN CRISIS Y DESTREZAS ESPECÍFICAS



Autora: **Elena Palomo**
Tutor: **Jesús Alonso Fernández**
Hospital de Donostia. San Sebastián

CONCEPTOS ESENCIALES

Los objetivos de la psicoterapia de apoyo son disminuir la ansiedad, mejorar la autoestima, reforzar las funciones del Ego y aumentar habilidades adaptativas, sin pretender cambiar la estructura psíquica del individuo.

Intervención en crisis consiste en un proceso de ayuda para auxiliar en una situación crisis, de modo que la probabilidad de efectos debilitantes (estigmas emocionales, daño físico) se minimice y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas y opciones de vida) se maximice.

No debemos de olvidar que cada persona es única, y su respuesta ante diferentes situaciones estresantes, es diferente. Nuestra respuesta ante su vivencia debería tenerlo en cuenta, para ser lo más oportuna y útil posible.

1. PSICOTERAPIA DE APOYO

1.1. CONCEPTO E IDEAS BÁSICAS

Es la modalidad psicoterapéutica más utilizada en psiquiatría. Se trata de una intervención que aspira a ayudar a sobrellevar lo mejor posible la cotidianidad, adaptándose al medio y a las circunstancias vitales, sin pretender cambiar la estructura psíquica del paciente, ni desvelar conflictos inconscientes. A diferencia de una simple relación de apoyo, implica una formulación del caso, se hace uso de unas herramientas, y hay unos objetivos. Su origen está en el psicoanálisis, pero hoy en día se utiliza desde muchos enfoques teóricos diferentes. Dentro de las psicoterapias psicoanalíticamente orientadas, en realidad ambos son extremos de una gama de terapias con más o menos componentes expresivos y apoyadores. En la práctica, la psicoterapia es para la mayoría de los pacientes una mezcla entre componentes de apoyo y expresivos (Luborski 1969).

1.2. OBJETIVOS

- Disminuir la ansiedad; conseguir que el paciente se sienta mejor.
- Aumentar la autoestima.
- Reforzar las funciones del Ego (sobre todo en pacientes gravemente trastornados).
- Mejorar habilidades adaptativas (objetivo básico en pacientes relativamente sanos, en crisis).

1.3. INDICACIONES

Las técnicas de apoyo son idóneas para pacientes en los dos extremos de la patología; bien pacientes con estructuras básicamente sanas que sufren un periodo de malestar agudo en relación con eventos especiales de sus vidas, bien pacientes graves, de estructuras frágiles (p.ej. psicóticos) que no podrían soportar la regresión propia de tratamientos más in-



prospectivos, y que necesitan apoyo para adaptarse al medio y a la vida.

1.4. PROCESO Y HERRAMIENTAS BÁSICAS

Como en cualquier intervención psicoterapéutica, tras una o varias entrevistas se debe formular el caso; elaborar un conjunto de hipótesis acerca de las causas precipitantes y las influencias que mantienen los problemas psicológicos, interpersonales o del comportamiento de una persona, y a partir de ahí elaborar una especie de hoja de ruta para diseñar futuras intervenciones. Se exponen a continuación diferentes herramientas útiles, clasificadas en función del objetivo terapéutico al que más contribuyen (todas favorecen varios objetivos).

↑ 1.4.1. Disminuyendo la ansiedad

- Ambiente facilitador: siguiendo las ideas de Winnicott en el desarrollo infantil, en psicoterapia de apoyo es también básico crear un ambiente “seguro” (un encuadre y un vínculo estable), que favorezca el desarrollo, y el equilibrio emocional.
- El encuadre: se trata de definir claramente unas coordenadas acerca de para qué, cuándo, dónde y a qué precio se encontrarán paciente y terapeuta. Así brindamos al paciente un marco estable de referencia, lo cual de por sí ya es aliviador y estructurador. Cuanto más claro y estable sea el encuadre, más apoyado y protegido se sentirá el paciente.
- Alianza terapéutica (AT): es muy importante el establecimiento de un vínculo sólido. Diferentes estudios empíricos demuestran la importancia de la AT como un poderoso determinante del cambio psíquico y afectivo obtenido en una psicoterapia. Para favorecerlo es importante:
 - El estricto cumplimiento del encuadre por parte del terapeuta.
 - El mostrar al paciente que somos conscientes del esfuerzo que hace por mejorar.
 - El señalar al paciente de un modo realista y discreto que hay esperanzas para la mejoría.
 - El vínculo nosotros. Se le transmite al paciente la sensación del vínculo y de que los dos estamos comprometidos en un trabajo conjunto con frases como: “por esto ya hemos pasado”, “tratemos de entenderlo mejor”, “miremos si estamos o no equivocados”. De este modo, el paciente siente que forma parte del equipo con el terapeuta.
- El vínculo: relacionarse de forma segura con una persona podría constituir una experiencia emocional correctiva en sí, con resultados más positivos que cualquier otra cosa que pueda aprender el paciente. Demuestre interés, comprensión y aprecio.
- Estilo dialogado: el terapeuta de apoyo es sensible, la relación terapéutica es real. No escucha siempre en silencio, ni tampoco dirige un interrogatorio.
- Clarificaciones: la clarificación supone resumir, parafrasear y organizar las afirmaciones del paciente sin ninguna elaboración o inferencia. Resumir correctamente demuestra atención, interés y comprensión, además de ayudar a organizar las ideas.
- Nombrar los problemas: dar nombre a los problemas del paciente puede hacerle sentir más en control de la situación.
- Respetar las defensas: en terapia de apoyo, se respetan las defensas adaptativas y el estilo personal del paciente. Estas sólo son desafiadas cuando son claramente desadaptativas, y se hace de manera cautelosa. Generalmente se refuerzan las defensas más maduras: la represión, la formación reactiva, el humor, la racionalización y la intelectualización. El área limítrofe entre la orientación de apoyo y la expresiva está iluminada por la cuestión de “¿cuál es la defensa desadaptativa?”
- Evitar generar ansiedad: la clarificación puede vivirse como un reto y generar angustia. Para suavizar se puede formular de forma que no tenga que responder de manera inmediata, se puede añadir un comentario normalizador (universalizador), o añadir palabras extras (el exceso de discurso puede ser amortiguador).
- El manejo de la transferencia: en psicoterapia de apoyo PA generalmente no se interpretan las transferencias, sino que se observan y se tienen en cuenta para comprender y formular el caso.

- **Abreacción:** escuchar en silencio activo, permitiendo la descarga o liberación de la tensión emocional asociada a una idea, conflicto o recuerdo desagradable reprimido. El desahogo generalmente consigue que la gente se sienta mejor.

1.4.2. Trabajando con la autoestima

- **Escucha activa:** escuchar atentamente, con un silencio activo (con mucha presencia y atención), transmite interés y aceptación, además de favorecer la expresión.
- **El elogio:** es interesante estar alerta ante factores positivos y puntos fuertes. Una alabanza apropiada, sincera y sensible expresada de forma natural, es apoyador.
- **Preguntas efectivas:** las preguntas deberían de provocar respuestas positivas, p. ej. mejor que "¿terminaste el instituto?" sería "¿qué estudios tienes?"
- **Evitar preguntas agresivas:** las preguntas que comienzan con la palabra ¿por qué...? Son especialmente propensas a ser percibidas como críticas. Tienden a ser comprendidas como "¿deberías haber...! Usar: quiero entenderte más... como encaja... es interesante..."
- **Evitar dominar:** p. ej. cuando sea factible, incluir en la agenda de temas a tratar, los cambios en medicación, hospitalizaciones, procedimientos, etc., y hacerle partícipe de la decisión.
- **Evitar las palabras que pueden ser vividas como humillantes:** p. ej. "¿estuviste solo las vacaciones?"

1.4.3. Reforzando las funciones del Ego

Los pacientes más alterados y deteriorados presentan a menudo defectos importantes en las funciones del Ego.

- **Contacto con la realidad:** muchos pacientes mantienen percepciones patológicas persistentes, tales como delirios, ideas de referencia o alucinaciones auditivas. Mantener un *status quo*, es en ocasiones un resultado satisfactorio de tratamiento: un paciente que llegue a convivir mejor con sus síntomas ha sido ayudado de forma significativa.

En otras ocasiones el empeoramiento de los síntomas puede ser consecuencia de pensamientos o sentimientos sobre algo que acaba de suceder, o incluso resultado de una línea inoportuna del pensamiento. Hablar sobre ello podría erigirse en el mejor tratamiento para volver a tomar contacto con la realidad.

El reto para el terapeuta es evitar discutir con el paciente y encontrar un terreno común para dialogar. Sin asentir con el contenido del delirio, el terapeuta puede apoyar el autocontrol, hablar de las dificultades del paciente para enfrentarse con un mundo hostil, mencionar los riesgos de emprender acciones como reacción a una situación percibida, y buscar oportunidades para reforzar las ventajas del autocontrol. Cuando el paciente efectúa una sugerencia poco práctica, la discusión se encauza hacia las consecuencias probables de la acción propuesta.

- **Trastorno del proceso del pensamiento:** la yuxtaposición extraña de ideas, los fragmentos de ideas sin referentes y el uso idiosincrásico de palabras, junto con significados simbólicos da lugar a un discurso incoherente. El primer paso para abordar a este paciente es no insistir en que se explique mejor una vez quede claro que esto no es posible. El segundo paso es escuchar hasta que se reconozcan patrones. Después se pueden reflejar de una manera empática. Ser comprendido es beneficioso para la autoestima y promueve el desarrollo de la relación terapéutica, así que realizar un esfuerzo por entender a un paciente incomprensible es apoyador.
- **Desorganización:** para un paciente con un escaso desarrollo de sus funciones egoicas, a veces organizarse y establecer prioridades puede aliviar significativamente la ansiedad. Cuando el paciente se ve sobrepasado por una mezcla de preocupaciones, nuevas informaciones, planes e instrucciones, ocuparse de esto (guiar el proceso del paciente hacia una organización mental mejor; jerarquizando, pensando primero en hacer lo que es más básico y no en lo superfluo...) es el tipo de apoyo que puede necesitar. Es lo que algunos denominan prestar el Ego.



↑ 1.4.4. Mejorando habilidades adaptativas

Aumentar las habilidades adaptativas sería el objetivo primordial en pacientes relativamente sanos en situación de crisis (ver más adelante).

A veces se apoya de forma directa, en pacientes particularmente trastornados, a modo de consejos específicos. Otras veces, y siempre que sea posible, es mejor en lugar de dar un consejo concreto y directo, llevar el diálogo hacia la elaboración de habilidades adaptativas que el paciente podrá aplicar en distintas situaciones futuras: ¿qué crees que debería llevar puesto para la entrevista? Trabajemos en una estrategia en general ¿qué imagen quieres dar?

Enseñar habilidades adaptativas consiste en ocuparse del proceso de tomar decisiones, no se trata de que el terapeuta tome las decisiones en lugar del paciente. Se puede aprovechar cada situación resuelta bien o mal, para aprender una habilidad o un principio. Cada historia tiene su moraleja.

2. INTERVENCIÓN EN CRISIS

2.1. CONCEPTO DE CRISIS

Estado de crisis es un estado de desorganización conductual, emocional y cognitivo, desencadenado generalmente por un acontecimiento interno o externo precipitante. Generalmente es un estado transitorio, y se caracteriza por un fracaso de adaptación ante el nuevo desafío mediante las estrategias de afrontamiento habituales de la persona.

Los precipitantes no siempre son eventos “negativos”; también el nacimiento de un hijo, el matrimonio etc., pueden dar lugar a estados de crisis. Las crisis son la materia de la que está hecha la vida. La vida adulta se da en función de cómo hemos sorteado las crisis de nuestra vida, y las decisiones que hemos ido tomando. Crisis significa cambio, el ideograma chino de crisis indica lo mismo riesgo que oportunidad. Erick Erickson propuso el concepto de que la crisis no solamente contiene un potencial patológico sino que también es una oportunidad de crecimiento y desarrollo.

2.2. INTERVENCIÓN EN CRISIS

Proceso de ayuda dirigido a auxiliar en una situación de crisis, de modo que la probabilidad de efectos debilitantes (estigmas emocionales, daño físico, etc.)

se minimiza y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas y opciones de vida) se maximiza.

Este proceso puede dividirse en dos fases: intervención de primera instancia o primeros auxilios psicológicos y la intervención de segunda instancia, o terapia para crisis.

Los primeros auxilios psicológicos, se realizan en minutos u horas, a menudo en el lugar de los hechos, los puede realizar cualquier persona cercana en ese momento, y su objetivo es restablecer el equilibrio emocional, y la capacidad de afrontamiento: dar apoyo, reducir la mortalidad y enlazar con recursos profesionales de ayuda.

La psicoterapia de segunda instancia requiere de un encuadre profesional, y sus metas son reelaborar o translaborar el incidente de crisis; integrar el incidente de trauma en la vida; establecer la apertura/disposición para afrontar el futuro incluso de manera más efectiva.

2.3. LOS TRES PRINCIPIOS DE UNA INTERVENCIÓN EN CRISIS

- Oportunidad: actuar lo más pronto posible para reducir el peligro de respuestas violentas (auto o hétero-destructivas) y capitalizar la motivación del paciente para cambiar (es un estado de alta sugestionabilidad, para lo malo y para lo bueno). Además, si tardamos, su vida puede haberse impregnado ya de hábitos y patrones de pensamiento disfuncionales, que será ya mucho más difícil cambiarlos.
- Metas: ver en epígrafe anterior. Tenerlas siempre presentes.
- Valoración: es importante valorar tanto las fortalezas como las debilidades de la persona, los apoyos y recursos sociales con los que cuenta y que se pueden movilizar, y su vulnerabilidad o capacidad de soportar el estrés sin perder el equilibrio.

2.4. PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS; LOS CINCO COMPONENTES DE LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

Fueron designados como un mapa cognoscitivo más que como unos pasos a seguir en un orden secuen-

cial. Esto en muchos casos sería artificial. Los cinco componentes sirven para recordarnos qué aspectos hay que trabajar en un momento u otro de la interven-

ción, para valorar después si hemos tocado todo lo que había que tocar, para apoyarse en ellos cuando la intervención parece empobrecerse... (tabla 1).

Tabla 1. Componentes de los primeros auxilios psicológicos (continúa en la página siguiente)

	OBJETIVOS	QUÉ HACER Y QUÉ NO HACER
Realizar contacto psicológico	<ul style="list-style-type: none"> – Mediante una escucha empática y una actitud de apoyo, se trata de que la persona se sienta escuchada, comprendida, aceptada y acompañada en su dolor. – Generalmente esto lleva a una disminución en la intensidad de su aturdimiento emocional y hacia una reactivación de las capacidades de resolución de problemas. 	<p>SI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Invitar al paciente a hablar. – Escuchar tanto los hechos como los sentimientos. – Sintetizar/reflejar hechos y sentimientos. – Comunicar interés y aceptación mediante declaraciones empáticas y comunicación no verbal. – En ocasiones el contacto físico suave puede ser útil y efectivo para transmitir calma y comprensión. <p>NO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contar tu “propia historia”. – Ignorar sentimientos o hechos. • Juzgar, regañar o tomar partido.
Analizar las dimensiones del problema	<ul style="list-style-type: none"> • Para poder ir tomando decisiones e ir dando pasos hacia la solución y translaboración de la crisis, es importante en primer lugar analizar exactamente cuál es la situación actual, cómo se ha llegado a esta situación, cuáles son las debilidades y las fortalezas de la persona y su funcionamiento, tanto antes como durante la situación de crisis (ver análisis de funcionamiento CASIC, más adelante), con qué recursos internos y externos cuenta. • Una vez analizada la situación es útil trabajar hacia el establecimiento de un orden jerárquico de las necesidades actuales de la persona, dentro de dos categorías: <ul style="list-style-type: none"> – Conflictos que necesitan manejarse de manera inmediata. – Conflictos que pueden dejarse para después. 	<p>SI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plantear preguntas abiertas indagando acerca de: <ul style="list-style-type: none"> – Pasado inmediato: <ul style="list-style-type: none"> Incidente que precipitó la crisis. Funcionamiento CASIC (ver siguiente epígrafe) previo a la crisis (debilidades/fortalezas). – Presente: <ul style="list-style-type: none"> Funcionamiento CASIC ahora (debilidades/fortalezas). Recursos personales (internos). Recursos sociales (externos). – Futuro inmediato: <ul style="list-style-type: none"> Decisiones inminentes (para esta noche, fin de semana, los próximos días/semanas). Evaluar la mortalidad. <p>NO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soslayar las señales de “peligro”. • Depender de preguntas de sí/no. • Permitir abstracciones continuas.



Tabla 1. Componentes de los primeros auxilios psicológicos (continuación)

	OBJETIVOS	QUÉ HACER Y QUÉ NO HACER
Sondear posibles soluciones	<p>Se trata de ayudar a la persona en situación de crisis a identificar posibles soluciones a su situación actual, tanto para cubrir sus necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después.</p> <p>En la medida de lo posible, y siguiendo una de las premisas básicas de la intervención en crisis, procuraremos que sea él/ella mismo/a quien genere las posibles soluciones, y después si es preciso añadiremos nuevas alternativas.</p>	<p>SI:</p> <ul style="list-style-type: none">• Preguntar qué es lo que el paciente ha intentado hasta ahora.• Examinar que es lo que se le ocurre al paciente que puede/podría hacer ahora.• Proponer nuevas alternativas: un nuevo comportamiento del paciente; redefinición del problema; asistencia externa (un tercero); cambio ambiental.• Examinar los posibles obstáculos a cada alternativa. <p>NO:</p> <ul style="list-style-type: none">• Dejar obstáculos sin examinar.
Movilizar hacia la acción concreta	<p>Implica ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta para manejar la crisis. Esto significa la ejecución de lo aprobado en el paso anterior.</p> <p>Tratamos de asistir a la persona a dar el mejor paso próximo, dada la situación insistiendo en la idea de dar un solo paso cada vez.</p> <p>Importante ayudar a priorizar cual es el paso mejor siguiente.</p> <p>Según valoremos la letalidad o no de la situación y la capacidad de la persona en crisis para actuar en su propio beneficio, tomaremos una actitud más facilitadora o directiva.</p>	<p>SI:</p> <p>Asistir en la ejecución de la acción concreta, siempre que sea posible con una actitud solamente facilitadora, es decir desde escuchando de un modo activo hasta dando consejos, pero animando a que sea la propia persona la que pase a la acción.</p> <p>Ser directivo, sólo si la persona no es capaz en esos momentos de actuar en su propio beneficio, o si el riesgo de letalidad (tanto para el paciente, el asistente o alguien más) es alto. En este caso el rango de acción va desde la movilización activa de recursos hasta la toma de control de la situación.</p> <p>NO:</p> <p>Intentar resolverlo todo ahora.</p>
Evaluación y seguimiento	<p>Establecer un contacto posterior que permita el seguimiento para verificar el progreso de ayuda. El seguimiento puede suceder mediante un encuentro posterior, cara a cara o por teléfono o correo electrónico.</p> <p>En este contacto posterior el objetivo es asegurarnos de que se lograron las metas de los primeros auxilios psicológicos: el suministro de apoyo, reducción de la mortalidad y cumplimiento del enlace con fuentes de apoyo.</p> <p>Si así ha sido, se ha completado el proceso de los primeros auxilios.</p> <p>Si no ha sido así, volveremos a algún paso anterior, según la situación concreta.</p>	<p>SI:</p> <p>Hacer un trato para recontactar.</p> <p>Preguntar acerca de cómo se llevaron a cabo las acciones concretas, y verificar si se obtuvieron los resultados esperados.</p> <p>Decidir, en función de si se han logrado cumplir las tres submetas de los primeros auxilios psicológicos, si se da por terminada esta intervención, o si hay que retomar la situación de nuevo.</p> <p>NO:</p> <p>Dejar detalles en el aire o asumir que el paciente continuará la acción de plan por sí mismo.</p> <p>Dejar la evaluación a alguien más.</p>

Es importante tener en cuenta siempre que cada persona es única, y sus respuestas ante diferentes situaciones estresantes, son diferentes. En su modelo de intervención, Barbara Rubin y Ellin L. Bloch lo expresan de manera muy clara, tomando el continuo de dilatación-constricción de Lillibridge y Klukkens (1978) como marco conceptual. Entendiendo estas diferencias, el asistente puede precisar más sus respuestas para incrementar su grado de pertinencia (tabla 2).

2.5. INTERVENCIÓN DE SEGUNDA INSTANCIA; TERAPIA MULTIMODAL PARA CRISIS

Una vez llevadas a cabo las tareas de los primeros auxilios psicológicos, en algunos casos (y no en todos), es necesario o aconsejable proseguir el trata-

miento con una terapia. Hay varias formas de enfocar esta terapia. En este capítulo plantearemos el modelo la terapia multimodal, según K. Slaikeu.

2.5.1. Valoración

Analizamos en la tabla 3 los cinco subsistemas del individuo (perfil CASIC), que a continuación se convertirán en focos de la terapia.

Valorar el funcionamiento CASIC del individuo previo y durante la crisis, valorando así el impacto de la crisis en su funcionamiento a todos estos niveles.

2.5.2. Tratamiento (tabla 4)

Tabla 2. Características cognitivas

Las características, en el nivel cognitivo de una persona en crisis recorren la gama que va desde (dilatación)----- hasta----- (constricción)	
Pensamientos desorganizados.	Preocupación por el problema.
Pensamiento caótico.	Rumiación cognitiva y obsesión.
Gran confusión.	
Y se necesita por parte del asistente.	
Clarificar, el pensamiento.	Sugerencias de alternativas viables, trabajar en la solución.
En el nivel afectivo las características son (dilatación)----- (constricción)	
Emoción excesiva, no hay un intento por controlar la expresión emocional.	Contención de la emoción.
Y se necesita por parte del asistente.	
Intentar enfocar los sentimientos específicos.	Ayudar a expresar los sentimientos de cualquier forma.
Trabajar con material cognitivo.	
A nivel conductual las características son (dilatación)----- (constricción)	
Expresión de una conducta exagerada e inapropiada para esa persona.	Paralización inmovilización, retirada.
Y se necesita por parte del asistente.	
Resolución de problemas orientados a la realidad.	Ayuda para estimular la actividad y hacer cosas.



Tabla 3. Subsistemas del individuo

Conductual	Actividades y conductas manifiestas. Patrones de trabajo, interacción, descanso, ejercicio, dieta (hábitos de comida y bebida), comportamiento sexual, hábitos de sueño, uso de drogas y tabaco; presencia de cualquiera de los siguientes: actos suicidas, homicidas o de agresión. Habilidades para resolver conflictos o salir de situaciones de gran tensión. Gama de conductas agradables (reforzantes) y desagradables (aversivas).
Afectiva	Emociones sentidas. Sentimientos acerca de cualquiera de los comportamientos citados arriba; presencia de ansiedad, ira, alegría, depresión, temor, etc.; adecuación, distorsión o negación de los afectos a las circunstancias. ¿Se expresa o se ocultan los sentimientos?
Somática	Funcionamiento físico general, salud, enfermedades relevantes actuales y pasadas. Sensaciones placenteras o dolorosas experimentadas. Influencia del consumo de sustancias y alimentos. Presencia o ausencia de tics, dolores de cabeza, malestares estomacales y cualquier otro trastorno somático; el estado general de relajación/tensión; sensibilidad de la visión, el tacto, el gusto, la percepción y el oído.
Interpersonal	Naturaleza (asertiva o conflictiva) de las relaciones con otras personas: la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros de escuela o trabajo; fortalezas y problemas interpersonales, número de amigos, frecuencia del contacto con ellos y con los conocidos; habilidades sociales, papel asumido con los distintos amigos íntimos (pasivo, independiente, líder, como un igual); estilo de la resolución de conflictos (asertivo, agresivo, aislado); estilo interpersonal básico (congeniante, suspicaz, manipulador, explotador, sumiso, dependiente).
Cognoscitiva	Manera de dormir y sueños diurnos y nocturnos usuales; representaciones mentales distorsionada acerca del pasado o el futuro; autoimagen; metas vitales y las razones para su validez; creencias religiosas; filosofía de la vida; presencia de cualquiera de los siguientes pensamientos: catastrofización, sobregeneralización, delirios, alucinaciones, hablarse a sí mismo de manera irracional, racionalizaciones, idealización paranoide; actitud general (positiva/negativa) hacia la vida. Expectativas sobre la terapia y atribuciones de cambio. Recuerdos, ideas e imágenes incomoda recurrentes.

Tabla 4. Las cuatro tareas de la resolución de crisis

MODALIDAD	TAREA	ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS
Somática	Supervivencia física.	<ul style="list-style-type: none"> – Hacer uso de medicamentos. – Otorgar los primeros auxilios psicológicos. – Consultar al paciente acerca de la nutrición, el ejercicio y la relajación.
Afectiva	Reconocimiento y expresión de sentimientos.	<ul style="list-style-type: none"> – Hablar con el paciente acerca de cómo se siente a raíz de los distintos aspectos de la crisis (escucha activa, relación de apoyo, afecto inducido). – Instruir al paciente acerca del papel de los sentimientos en el funcionamiento psicológico global y alentar modos apropiados de expresión (control de la ira, expresión y provocación; manejo de la ansiedad; la silla vacía, meditación y entrenamiento en inoculación de tensión).
Cognoscitiva	Dominio cognoscitivo.	<ul style="list-style-type: none"> – Reflexionar sobre el incidente de crisis y las circunstancias (estrategias de solución de problemas). – Analizar los pensamientos previos a la crisis y las expectativas, planes, y el impacto del incidente en cada una de estas áreas (terapia racional emotiva). – Asistir al paciente en la adaptación de creencias, expectativas y la hablar de sí mismo (biblioterapia, reestructuración cognoscitiva, toma de decisiones, tareas para casa, auto diálogo dirigido, hipnosis, imaginería, implosión, técnicas paradójicas, autoayuda y detención del pensamiento).
Conductual/ interpersonal	Adaptaciones conductuales/ interpersonales.	Reflexionar con el paciente los cambios que pueden requerirse en cada una de las áreas principales (entrenamiento en asertividad, orientación anticipatoria...).



GLOSARIO DE ALGUNAS DE LAS TÉCNICAS DE TERAPIA PARA CRISIS

Afecto inducido	Después de relajarse, se repasa con todo detalle el incidente traumático alentando la libre expresión de emociones, y ayudando a clarificar los sentimientos relacionados con el incidente.
Abreacción	Explicado en el texto.
Asignación de tareas para casa	Sirve como medio de entrenamiento y para implicar al paciente más en su papel activo en la terapia.
Autoayuda	En este caso el contacto con el terapeuta es mínimo, y el papel del paciente es muy activo. Muchas veces se hace en grupos, en los que se reúnen personas con problemáticas similares, para hablar de cómo afrontan cada uno sus problemas, darse consejos etc.
Terapia racional emotiva	Desarrollada por Ellis (1962) cuya teoría básica era que la excitación emocional y el comportamiento inadaptados son intervenidos por la interpretación de uno mismo respecto de las situaciones. La terapia exitosa consiste en la eliminación de los pensamientos irracionales, con el consecuente alivio de los síntomas.
Terapia de pareja	Como en la terapia de familia, también aquí hay múltiples enfoques teóricos.
Terapia familiar	Con respecto a la intervención en crisis con familias, Kinney (1978) utiliza los programas constructores de hogares, Rueveni (1981) sugiere el tramado de redes, Eisler y Herson (1973) el entrenamiento en solución de problemas familiares, etc.
Técnicas paradójicas	Las técnicas paradójicas fueron ideadas para superar las resistencias de los pacientes al cambio. Se trata de intensificar la crisis mediante la prescripción del síntoma.
Silla vacía	Es una de las técnicas de la terapia Gestalt desarrollada por Fritz Perls. Se utiliza para ayudar a los pacientes a esclarecer sentimientos, actitudes y creencias, y para conciliar polaridades conflictivas. El paciente representa a la otra persona, la otra polaridad etc. en la silla vacía y se entrega a un dialogo con ella, y luego cambiándose de sitio se contesta a si mismo...
Juego de roles	Puede actuarse una situación ya pasada, o ensayar una nueva manera de afrontar una situación concreta.
Relajación muscular profunda	Se trata de una técnica desarrollada por Jacobson (1974) e implica el entrenamiento en el contraste tensión relajación de grupos musculares.
Reestructuración cognoscitiva	Se dirige a la clarificación y cambio de patrones de pensamiento del paciente. La meta es ayudar a los pacientes a desarrollar la capacidad para evaluar los incidentes de una forma más realista.
Provocación de ira	Se trata de provocar la ira del paciente hacia el terapeuta (llegando a propósito tarde, no haciendo caso...), y a continuación adoptar una actitud apoyadora. Se usa sobre todo con pacientes gravemente deprimidos, en un intento de movilizarle y superar la pasividad patológica.

GLOSARIO DE ALGUNAS DE LAS TÉCNICAS DE TERAPIA PARA CRISIS

Orientación anticipatoria	El terapeuta ayuda al paciente a anticipar determinados acontecimientos externos o internos y a preparar al individuo en crisis para tales sucesos. De esa manera puede planear y movilizar estrategias efectivas de afrontamiento por adelantado.
Modelamiento	Se expone al paciente a observar a otros individuos que realizan el comportamiento objetivo. El modelamiento puede realizarse en vivo, simbólicamente (p. ej. con videos)...
Meditación o yoga	Varias técnicas han sido recomendadas con fines terapéuticos. Una de las más estudiadas es la Vipassana. No sólo es una técnica de relajación corporal y mental, sino que ayuda a conectar con nuestras emociones, sensaciones y darnos cuenta de qué nos pasa y qué necesitamos.
Implosión (inundación)	Se basa en el supuesto de que cualquier temor puede extinguirse al proveer al paciente de la experiencia de que un resultado esperado y altamente temido no acontece.
Imaginería y técnicas de visualización	Se refiere a la utilización de imágenes mentales o de la fantasía por ejemplo para una desensibilización sistemática etc. Con la imaginería positiva se puede mejorar la autoestima, e incluso en base a la autoimagen idealizada de Suskind (1970), se utiliza la nueva autoimagen positiva como base para iniciar nuevos comportamientos, los cuales son congruentes con esta nueva autoimagen.
Hipnosis	Se lleva al paciente a un estado de trance en el cual la sugestionabilidad esta aumentada. Según Baldwin 1978, en la situación de crisis, la hipnosis intensifica el efecto de las técnicas no hipnóticas, por causa de una redistribución de la atención, un incremento en la disponibilidad de los recuerdos, una elevación en la capacidad para la producción de fantasías y para la creatividad, y un incremento en la sugestionabilidad.
EMDR	EMDR es un método psicoterapéutico innovador que acelera el tratamiento de un amplio rango de patologías en el trastorno por estrés postraumático, entre otros. El método descubierto y desarrollado desde 1987 por la Dra. Francine Shapiro, consiste en usar estimulación bilateral en un protocolo especial relacionado con las situaciones traumáticas que desencadena la desensibilización y el consecuente reproceso de las mismas, acompañado de la desaparición de la sintomatología.
Focusing	<i>Focusing</i> es la autoconciencia y la curación emocional corporalmente orientada. Es una forma de entrar en contacto con emociones o sentimientos desde una sensación corporal. Esta sensación corporal, que llamamos Sensación Sentida, nos muestra como sentimos una situación particular de nuestra vida.
Debriefing	A grandes rasgos, la técnica consiste en facilitar la ventilación en grupo de los sentimientos y emociones relacionados con la experiencia traumática vivida, con el propósito de reordenarla cognitivamente de una forma más adaptativa.



RECOMENDACIONES CLAVE

En la psicoterapia de apoyo, hay que tener presente que no se trata de una simple actitud “médica” de comprensión y apoyo, sino que se precisan unos conocimientos previos y un método en lo posible estructurado para:

- Estudiar al paciente, establecer un marco terapéutico, y proponer objetivos.
- Hay que partir de y aprovechar las capacidades previas del paciente.

En la intervención en crisis:

- No descuidar la obtención de un conocimiento de la persona pre-crisis, por muy “crítica” que sea la situación.
- Necesidad de un seguimiento tras la primera intervención.

3. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Pinsker H. Introducción a la Psicoterapia de Apoyo. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer. 2002.

Slaikeu Karl A. Intervención en crisis. Mexico: Ed. El Manual Moderno. 1996.

Rubin Wainrib B, Bloch Ellin L. Intervención en crisis y respuesta al trauma Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer. 2001.

4. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Rockland LH. Terapia de apoyo, una aproximación psicodinámica. Ed. Basic Books.

Pérez Sales P. Trauma, culpa y duelo: hacia una psicoterapia integradora. Programa de autoformación en psicoterapia de respuestas traumáticas. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer. 2006.

Rogers C. Psicoterapia centrada en el cliente. Ed. Paidós Ibérica.

<http://www.cuadernosdecrisis.com/>

Bandler R, Grinder J. La estructura de la magia: lenguaje y terapia. Santiago de Chile: Ed. Cuatro Vientos. 1998.



61. PSICOTERAPIA I: DEFINICIÓN, INDICACIÓN Y EVALUACIÓN DE CASOS



Autores: Ainoa Muñoz San José y David López Gómez

Tutora: Beatriz Rodríguez Vega

Hospital Universitario La Paz. Madrid

CONCEPTOS ESENCIALES

Definición de psicoterapia.

Indicación de una intervención psicoterapéutica.

Entender la psicoterapia como un proceso.

Formulación de casos para psicoterapia.

1. CONCEPTOS GENERALES

Se han dado numerosas definiciones al término “psicoterapia”, algunas tan extensas que tienen el inconveniente de ser poco específicas y extenderse sobre terrenos imprecisos como el crecimiento personal o la búsqueda de experiencias. El Grupo de Consenso de Madrid (1997) elaboró la siguiente definición:

➡ “Psicoterapia es un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente) que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo”.

Esta definición excluye:

- ➡ Otras relaciones de ayuda (amigos, familia...) en las que quien la da no es un profesional experto.
- ➡ Consejo médico o psicológico, en el que el experto se limita a poner a disposición del cliente información que le permite realizar una elección cuya realización no está impedida por patología mental.
- ➡ Manejo clínico de un tratamiento farmacológico, en el que el objetivo es garantizar las

condiciones (información, confianza en el médico, expectativas, adherencia al tratamiento) que permiten optimizar el efecto de la medicación prescrita.

Existen otras muchas definiciones de psicoterapia, así como múltiples corrientes psicoterapéuticas. Sin embargo, hay un punto en común entre todas ellas, que es un requisito para que se lleve a cabo esta práctica: el paciente ha de considerarse implicado en el problema presentado, ya sea en el origen, en el mantenimiento o en las posibilidades para solucionarlo (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 1997).

La psicoterapia se presenta como una opción para el manejo y tratamiento de los trastornos mentales y los problemas de salud mental siempre que esté indicada. Veremos a continuación cuáles son las indicaciones de una psicoterapia.

2. EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

2.1. ¿CUÁNDO INDICAR UNA PSICOTERAPIA?

- Ante un problema que responde a psicoterapia o cuyas consecuencias en la vida de la persona que lo padece pueden mejorar con psicoterapia.



- Cuando el propio paciente se encuentra implicado en el problema (origen, mantenimiento o posibilidades de curación).
- No excluye la combinación con tratamiento farmacológico.

Para poder indicar una psicoterapia es necesario evaluar el caso. La entrevista clínica es el elemento fundamental. Las habilidades de entrevista se repasan en otro capítulo de este libro. A continuación se propone un modelo de formulación de casos psiquiátricos (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001) que es un proceso de recogida de información durante la fase de evaluación que tiene gran utilidad para valorar si existe indicación de psicoterapia, para construir pautas-problema o el foco terapéutico, establecer el contrato con el consultante y, por último, un fin didáctico: para presentar el caso en supervisión.

2.2. FORMULACIÓN DE UN CASO PARA PSICOTERAPIA

1. ¿Cuál es la queja? Motivo de consulta.
2. ¿Cómo se ha producido la consulta? Análisis de la demanda.
3. ¿Cuál es el problema o problemas? Listado de problemas, fenómenos.
4. ¿Cómo, cuándo y por qué se pone o ponen de manifiesto? Precipitantes.
5. ¿Cuál es la secuencia de emociones, ideas, comportamientos y relaciones que implica? Estados mentales, defensas, modelos de relación.
6. ¿Por qué se perpetúa o se perpetúan? Perpetuantes, refuerzos, ganancias neuróticas y secundarias.
7. ¿Cómo se originó históricamente? Desarrollo, biografía, perspectiva transgeneracional.
8. ¿Qué facilitó su aparición o facilita su mantenimiento? Vulnerabilidad, déficits.
9. ¿Qué puede facilitar el cambio? Recursos, fortalezas, oportunidades.

10. ¿Cuáles son las expectativas respecto a la consulta? Realismo, límites.
11. ¿Cuáles son los objetivos planteables para la terapia? Definición operativa.
12. ¿Medios para conseguir cada uno de ellos? Factores terapéuticos, estrategias, técnicas.
13. ¿Qué curso de la terapia prevemos? Pronóstico.
14. ¿Qué dificultades prevemos? En el paciente y en el terapeuta.
15. ¿Qué contrato proponemos?

2.3. EJEMPLO DE FORMULACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

María es una mujer de 31 años que acude a consulta, derivada por su MAP, a petición propia, por cuadro de atracones, vómitos autoprovocados, y restricción de comida desde hace 8 años. En el momento actual la paciente solicita ayuda ya que reconoce haber “tocado fondo” y no poder controlarlo. Su MAP ha descartado patología orgánica asociada, y su IMC está dentro de los límites adecuados.

La paciente es la mayor de dos hermanas, con una diferencia de edad de 3 años. Cuenta que durante su infancia siempre la han calificado de tímida, seria, responsable e independiente, “como su padre”. Su hermana, según refiere, era justo lo contrario, alegre, cariñosa, y muy parecida y unida a su madre. Desde pequeña, la paciente se encargó de su cuidado. Define a su madre como muy inmadura e insegura “me transmitió su miedo a no ser aceptada por la gente”, por lo que, cuando tenía algún problema recurría a su padre “me daba más seguridad”. No obstante, define a éste como una persona poco afectuosa, que nunca reconocía que hicieran las cosas y a la que le importaban mucho las apariencias.

Refiere relaciones muy dependientes con las amigas, con dificultades para hacer valer su opinión y sentimientos de inferioridad respecto a ellas.

Buen rendimiento escolar, comienza la carrera de Farmacia. Estos años los recuerda como una de las etapas más felices, “conocí a gente nueva que les gustaba por como yo era”. Poco después conoce al

que hoy es su marido “fue él el que se fijó en mí... yo al principio estaba un poco reticente. Cuando sus amigas se enteran la hicieron elegir entre ellas o él, le eligió a él “creo que también influyó que no dependía tanto de ellas, que conocía a otra gente con la que me sentía más segura”. En ese año fallece su madre, tras una peritonitis y la paciente pasa a encargarse de las tareas de la casa. Comienza a perder peso de forma involuntaria “poco después me di cuenta de que evitaba comer, tenía miedo de recuperarlo”. Aprende a no pasar hambre, comiendo, dándose atracones y vomitando.

A los 5 meses su padre empieza a salir con una mujer “me pareció muy pronto, pero no le dije nada”. Cuando intentó que subiera a casa, su hermana se negó, “empezaron las discusiones entre ellos, yo siempre estaba en medio”.

Un verano su hermana conoce un chico en Valencia. Se termina casando y se marcha a vivir allí”. Durante este tiempo continúa con vómitos y atracones. No se lo dijo nunca a su hermana, por no preocuparla, ni a su padre, aunque cree que lo sospechaba.

Tras 11 años de novios, la paciente plantea a su pareja que o se casaban o lo dejaban. Deciden casarse hace un año “pensé que todo iba a ser distinto, que iba a dejar de vomitar, de preocuparme por el peso”. A su marido (al que define como una persona “incapaz de enfrentarse a los problemas”) le había contado el problema con la alimentación “le estaba pidiendo que me controlara porque yo me daba cuenta que se me estaba yendo de las manos”. Los atracones y los vómitos comienzan a aumentar en frecuencia convirtiéndose en casi diarios desde hace unos meses en que pasa más tiempo en casa y se da cuenta de que había muchos aspectos de su vida que no podía controlar, generándole esto mucha ansiedad (por ejemplo, se trasladan unos vecinos nuevos que gritaban y ponían la música alta a todas horas, y no se atrevía a decirles nada..., empieza a pensar en el miedo a trabajar, a enfrentarse a los problemas...). Fue éste el momento en que acude a su MAP pidiendo ayuda.

Exploración psicopatológica: consciente, globalmente orientada, abordable y colaboradora. Ánimo subdepresivo reactivo. Ansiedad leve. No alteraciones del sueño. Ligera distorsión de la imagen corporal;

no refiere conductas restrictivas en el momento actual. Atracones con vómitos autoprovocados diarios. Discurso fluido y coherente centrado en sentimientos de angustia y falta de control. No ideación auto/heteroagresiva. No síntomas de rango psicótico. No otras alteraciones psicopatológicas de interés.

2.3.1. Formulación del caso

■ ¿Cuál es la queja?

Atracones, vómitos autoprovocados, restricción de comida, ansiedad y sensación de falta de control.

■ ¿Cómo se ha producido la consulta?

A pesar de que el cuadro clínico actual surge con 18 años cuando fallece su madre, es ahora cuando consulta por primera vez con su MAP al aumentar la frecuencia e intensidad de los atracones y vómitos en el último año. El empeoramiento surge al casarse y ver incumplidas sus expectativas de resolución del cuadro con el matrimonio y el abandono de sus obligaciones con su familia de origen. El sujeto y el objeto de la demanda recaen sobre la misma persona: la paciente.

■ ¿Cuáles son los problemas?

- Alteración del patrón de conducta alimentaria, con atracones y vómitos autoprovocados diarios.
- Ansiedad y angustia.
- Ánimo subdepresivo.
- Sensación de falta de control interno y de vacío.
- Dificultad para el control de los acontecimientos externos, con miedo a trabajar o a enfrentarse a problemas cotidianos.
- Dificultades en la relación de pareja.
- Falta de red de apoyo socio-familiar → sentimiento de soledad.

■ ¿Cómo, cuándo y por qué se pone o ponen de manifiesto?

El agravamiento de los síntomas se produce tras su matrimonio, después de once años de no-



viazgo. Es en el momento en el que se da cuenta de que la relación afectiva más significativa que mantenía, y gracias a la cual, podría haber mantenido cubiertas ciertas carencias actuales y pasadas, repite un patrón de relación similar al que había mantenido con su padre y su hermana. Se da cuenta de que es incapaz de controlar su propia vida y que tampoco puede hacerlo su marido, poniendo en jaque su autosuficiencia. La repercusión de la clínica se hace evidente en aspectos de la vida cotidiana, como el trabajo o la resolución de problemas cotidianos, produciéndose la consulta con su MAP.

El intento de control sobre el patrón alimentario y su propio cuerpo parece la única manera de reafirmarse como protagonista y actuadora de su propia vida.

- ¿Cuál es la secuencia de emociones, ideas, comportamientos y relaciones que implica?

Tema nuclear del conflicto relacional (TNCR) de Luborsky (esta forma de planteamiento del problema desde un punto de vista dinámico se desarrolla en el capítulo siguiente):

- Deseos o intenciones del paciente (D).
- Consecuencias en términos de respuesta del otro (RO).
- Consecuencias en términos de respuesta del yo (RY), distinguiendo un componente emocional y otro conductual.

➡ María desearía poder sentirse querida, respetada y aceptada por sus seres queridos (D), pero teme que si expresa abiertamente sus necesidades, su familia, amigas y marido rompan la relación con ella y la abandonen (RO), por lo que oculta sus deseos, impidiendo, por una parte, que los demás reconozcan sus necesidades pero, por otra, evitando ser rechazada e intentando ser autosuficiente (RY: componente conductual), con lo que se siente frustrada, insatisfecha consigo misma y con los demás, triste y ansiosa (RY: componente emocional).

- ¿Por qué se perpetúa?

La clínica de la paciente es la forma en la que ella se está permitiendo expresar su malestar y

pedir ayuda, pudiendo reconocerse como ganancia neurótica o primaria.

Parece, también, que la intensidad actual de los síntomas le está impidiendo continuar ocupándose de las tareas de la casa, así como de la resolución de los problemas cotidianos y tener un adecuado funcionamiento. Probablemente esto haga que tanto su marido, como su hermana e, incluso, su padre se acerquen a ella. Podría tratarse de una ganancia secundaria, igual de inconsciente para la paciente como la ganancia neurótica.

Podría señalarse como factor perpetuante, el hecho de que tanto su familia como su pareja asuman como normal su papel de “supermujer” o posición de omnipotencia y deleguen en ella las responsabilidades y resolución de problemas, sin explorar o hablar sobre sus deseos o sentimientos, y obviando su problema con la alimentación, a pesar de que lo sospechaban hace tiempo.

El refuerzo del síntoma podría obedecer a la necesidad de autocontrol de la paciente, puesta en jaque al tomar conciencia de cómo, con su nuevo estado civil, mantiene patrones aprendidos de relación con los otros significativos que refuerzan su frustración e inseguridad.

- ¿Cómo se originó históricamente?

- La infancia de la paciente aparece marcada por el exceso de responsabilidad, que asume sin protestar, a pesar del malestar que le provoca. Desde pequeña es definida como “seria, responsable e independiente”.
- Parecen evidenciarse ciertas carencias afectivas que ella ha suplido buscando recompensas tanto en los estudios como en la valoración de su autosuficiencia.
- Las relaciones que ha ido estableciendo con amigas en la infancia han estado influenciadas por las preferencias y exigencias de los padres, adoptando un papel de sumisión y, de nuevo, siendo incapaz de hacer escuchar sus propias opiniones y deseos.
- Parece que con el inicio de la Universidad consigue establecer un círculo de amistades más saludable, donde es capaz de poder ex-

presar deseos y opciones personales, sin ser criticada. No obstante, el fallecimiento de su madre, reactiva anteriores patrones de funcionamiento. Adopta un papel maternal (especialmente con la hermana), cargado de responsabilidades y sin posibilidad de solicitar ayuda, así como de expresar afectos y sentimientos. Tenía que “estar a la altura” y cumplir su rol de mujer responsable y autónoma que la familia le había asignado desde niña. Ahora, toma conciencia de que no puede controlar todos los aspectos de su vida y eso le genera un fuerte sentimiento de indefensión y vulnerabilidad temido desde siempre. El intento de control sobre la conducta alimentaria y sobre su propio cuerpo parece la única manera de reafirmarse como protagonista y dueña de su propia vida.

■ ¿Qué facilitó su aparición o facilita su mantenimiento?

La responsabilidad exigida tras el fallecimiento de su madre, relegando las emociones y sentimientos a un segundo plano, y la sensación de falta de control sobre lo que está sucediendo en su propia vida, le hacen vulnerable a la utilización de su cuerpo como objeto de control, que escapa al manejo de los otros.

El miedo al rechazo y al abandono, ante la posibilidad de mostrarse vulnerable, imperfecta e incapaz, ha dirigido un patrón de sumisión y constricción de la expresión emocional en las relaciones con los otros significativos.

■ ¿Qué puede facilitar el cambio?

- El hecho de que la paciente haya reconocido la existencia del problema y decidido pedir ayuda, supone una oportunidad para iniciar el proceso de cambio.
- Durante su historia ha conseguido establecer relaciones interpersonales saludables, en las que ha podido expresar deseos propios sin ser criticada ni abandonada. La posibilidad de rescatar estos aspectos de su vida supone una fortaleza de la paciente sobre la que trabajar.
- La oportunidad de rescatar ciertas figuras significativas (padre, hermana), de resignificar acontecimientos pasados, y de explorar (con

la garantía de poder trabajarlos) el duelo tras el fallecimiento de la madre, pueden ayudar en el proceso psicoterapéutico.

- Asimismo, la posibilidad de establecer con su actual pareja y con su terapeuta una relación donde sea posible expresar deseos, emociones y sentimientos propios, sin que sea criticada, rechazada o abandonada pudiera funcionar como una experiencia emocional correctiva o también llamada experiencia emocional constructiva.

■ ¿Cuáles son las expectativas respecto a la consulta?

El que la paciente haya sido capaz de expresar su necesidad de ayuda, se considera, de entrada, un indicador positivo de una adecuada evolución de la terapia. La consultante explicita deseo de cambio que se ajusta a unos objetivos realistas. Pide ayuda para manejar sus atracones y para ser capaz de expresar sus sentimientos a sus personas significativas. No obstante, la sumisión que manifiesta en sus relaciones interpersonales, podría establecerse, también, en la relación con su terapeuta, suponiendo un falso índice de mejoría.

■ ¿Cuáles son los objetivos planteables para la terapia?

- Regulación del patrón de conducta alimentaria.
- Disminución de la ansiedad y la angustia.
- Trabajo con la autoimagen y la corporalidad.
- Trabajo sobre la forma en que María establece relaciones interpersonales.

■ ¿Cuáles son los medios de que vamos a valerlos para conseguir cada uno de ellos?

- Evaluar el inicio de un tratamiento farmacológico con el objetivo de conseguir una regulación sintomática más rápida.
- Atendiendo a cómo María nos muestra su narrativa de sufrimiento emocional, se podría ir hacia la construcción conjunta con la paciente de un foco terapéutico desde una perspectiva biográfica y centrado en la forma en la que María ha ido estableciendo y respondiendo



a las relaciones interpersonales significativas de su vida. Sería una forma de construcción de una narrativa emergente hacia los nuevos significados y emociones que produce en ella (desde arriba hacia abajo. Desde arriba, desde la historia explícita, hacia abajo, hacia las emociones nuevas que surgen).

- Atendiendo a la expresión corporal y emocional del malestar podríamos incluir intervenciones o técnicas sensorio-motoras, con el objetivo de potenciar y entrenar a la paciente en el reconocimiento de sensaciones corporales asociadas a su narración, y su puesta en relación con emociones y sentimientos pasados y actuales. Sería una forma de construcción de una nueva narrativa desde la sensación corporal hacia el significado explícito o la nueva historia (de abajo hacia arriba).

■ ¿Qué curso de la terapia prevemos?

El hecho de haber sido capaz de expresar su necesidad de ayuda es un factor que sitúa a la paciente en un estadio “preparado para la acción” en cuanto al cambio, con previsión de evolución favorable.

■ ¿Qué dificultades prevemos?

La sumisión que manifiesta la paciente en sus relaciones interpersonales, podría establecerse, también, en la relación con su terapeuta, suponiendo un falso índice de mejoría y adecuada evolución, priorizando los deseos y expectativas del terapeuta ante los propios. Prestando atención a esto y trabajando sobre ello, la paciente podría evolucionar de forma adecuada con la terapia.

Un terapeuta inexperto podría dejarse llevar por la sensación de poder y de mejoría de su autoestima como terapeuta, que una paciente con deseo de complacer y de ser aceptada por el otro puede contribuir a generar.

■ ↑ ¿Qué contrato proponemos?

“Parece que, a pesar de las exigencias con las que has tenido que convivir en casa, has conseguido un funcionamiento adecuado, siendo capaz de estudiar una carrera complicada, a la

vez que te ocupabas de las tareas de la casa y del cuidado de tu padre y tu hermana; seguro que no ha sido fácil. Me da la impresión de que eres una persona perfeccionista y autoexigente, a la que le cuesta reconocer las propias necesidades y pedir ayuda. Hace un año te casaste, y me has contado que tienes por un lado una excelente relación con tu marido, pero que por otro, eres más consciente de que, tanto con él como con otras personas significativas de tu vida, como tu hermana o tus padres, estableces una relación, en las que sometes tus propios deseos y emociones a sus necesidades, a costa de un gran sufrimiento por tu parte. De esta manera, te sientes, en ocasiones, frustrada, insegura, desprotegida y vulnerable, y se manifiesta en forma de tristeza, angustia, ansiedad, falta de control, y problemas con la comida. Me parece que podría ser útil trabajar sobre esto en la consulta, de manera que podamos comprender mejor tu historia y lo que te está pasando ahora, y conseguir una serie de estrategias que permitan reducir la ansiedad, los atracones y vómitos, y mejorar tu estado de ánimo.”

“A lo largo de los próximos seis meses, en principio, nos veremos con una frecuencia quincenal. Puede ocurrir que, en algún momento, surja alguna complicación y necesites verme antes de la fecha prevista; llamarás a la consulta por teléfono y veremos la posibilidad de adelantar la cita. Es importante el trabajo conjunto de las dos, y que te sientas libre de expresar tus sentimientos incluidos posibles acuerdos o desacuerdos con respecto a nuestra relación de trabajo.”

“En principio, vamos a ayudarnos de medicación para aliviar algunos síntomas. Con el transcurso del tiempo, iremos rebajando las dosis, y probablemente acabaremos retirándola finalmente, cuando tú vayas sintiéndote con más equilibrio emocional de nuevo.”

↑ 2.4. EL CONTRATO EN PSICOTERAPIA

Acuerdo con el paciente del foco sobre el que se va a trabajar en la terapia, el encuadre de la misma y los objetivos del tratamiento.

Foco	Devolución al paciente: hipótesis del terapeuta (razonada), estimación pronóstica, justificación de una propuesta de tratamiento.
	Acuerdo de una versión conjunta (terapeuta/paciente) del problema.
Enquadre	<p>Individual/pareja/familiar/grupo.</p> <p>Lugar.</p> <p>Frecuencia/duración de las visitas.</p> <p>Manejo de incidencias (retrasos, citas perdidas/canceladas, prolongación, derivación, urgencias, citas extra...).</p> <p>Duración de la terapia (indeterminado –¿hasta cuándo?, ¿hasta conseguir qué?–, por tiempo predeterminado –nº de sesiones determinado, nº de horas determinado–).</p> <p>Normas del paciente (asociación, tareas para casa...).</p> <p>Normas del terapeuta (directividad, respuesta a preguntas, consejos...).</p>
Objetivos del tratamiento	Los objetivos deben ser limitados, realistas y evaluables, huyendo de definiciones vagas y formulaciones muy generales.

RECOMENDACIONES CLAVE

El tratamiento psicoterapéutico, solo o en combinación con fármacos, es el tratamiento de elección en un grupo mayoritario de pacientes que consultan en Salud Mental.

La formulación de los casos puede ser un instrumento útil para indicar un tratamiento psicoterapéutico, así como para orientarlo y organizarlo.

Imprescindible trabajar con un contrato terapéutico explicitado y acordado con el paciente.

Es muy importante la formación en psicoterapia de los especialistas en salud mental y de los psiquiatras en particular. Esto supone no sólo una enseñanza teórica, sino un aprendizaje experiencial que incluye la práctica supervisada de modo individual y grupal de las intervenciones y de los casos clínicos.



3. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La práctica de la Psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer. 2001 .

Feixas G, Miró MT. Aproximaciones a la psicoterapia. Ed. Paidós. 1993.

Froján MX, Santacreu J. Qué es un tratamiento psicológico. Ed. Biblioteca Nueva. 1999.

Mirapeix C. Una concepción integradora de la psicoterapia: más allá del dogmatismo de escuela. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicósomática*. 1993;14(3):9-25.

Sluzki C. Transformaciones: una propuesta para cambios narrativos en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*. 1995;6(22/23):53-70.

4. BIBLIOGRAFIA DE AMPLIACIÓN

Hergenhahn. Introducción a la Historia de la Psicología. Ed. Paraninfo, Thomson Learning. 2001 .

Mearns D, Thorne B. La terapia centrada en la persona hoy. Ed. Desclée de Brouwer. 2003.

Miller W, Rollnick S. La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Barcelona: Ed. Paidós. 2008.

Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach: crossing the traditional boundaries of therapy. Homewood: Ed. Dow Jones-Irrwin. 1984.

Rodríguez Vega B, Fernández Liria A. De la metáfora del sistema a la narrativa: la evolución del modelo sistémico. *Psiquiatría pública*. 1997;9(6):404-10.



62. PSICOTERAPIA II: ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO DESDE LAS DIFERENTES PERSPECTIVAS



Autoras: Susana Cebolla Lorenzo y M^a Eva Román Mazuecos
Tutora: Ángela Palao Tarrero
Hospital Universitario La Paz. Madrid

CONCEPTOS ESENCIALES

Conocimiento de las ideas centrales de los principales modelos de psicoterapia:

- Dinámicos.
- Cognitivos.
- Conductuales.
- Sistémicos.
- Humanístico- existenciales.
- Integradores.
- Somatosensoriales o centrados en la corporalidad.

↑ 1. MODELOS DINÁMICOS

1.1. PSICOANÁLISIS CLÁSICO

Psicoanálisis es un neologismo creado por Freud para definir:

- Un proceso de investigación de los procesos psíquicos inconscientes.
- Un método terapéutico basado en esta investigación.
- Una nueva disciplina científica constituida por la sistematización de los datos aportados por el método psicoanalítico de investigación y tratamiento.

Freud desarrolla dos modelos explicativos del aparato psíquico o tópicos. En su Primera tópica (1900) define:

- **Consciente.** Los contenidos conscientes responden a las leyes de la lógica y están gobernados por el principio de realidad, por lo que buscan la adaptación al mundo exterior.
- **Inconsciente.** Los contenidos inconscientes sólo pueden ser inferidos ya que el sujeto no es consciente de ellos. No les afectan las leyes de la lógica ni categorías como el tiempo y el espacio. El inconsciente freudiano está constituido por contenidos reprimidos. Estos últimos son representaciones de impulsos o deseos (deseos infantiles) que serían amenazantes o inaceptables para el sujeto. Sólo pueden acceder al sistema preconsciente-consciente a través de los síntomas.
- **Preconsciente.** Los preconscientes son contenidos inconscientes pero que en un momento dado pueden transformarse en conscientes porque no son reprimidos por el sujeto.



El propósito del psicoanálisis consistiría en la ampliación del psiquismo consciente a costa del inconsciente y preconscious. En palabras de Freud "Donde hubo Ello habrá Yo"

Durante la última etapa (1914-1939), publica "El Yo y el Ello" en el que describe su Segunda Tópica, a través de la cual sostiene que el aparato psíquico se estructura en:


- Yo: se identifica con el consciente y representaría a la razón y al sentido común, ya que es gobernado por el principio de realidad.
- Ello: se corresponde con el inconsciente, y es gobernado por el principio del placer, siendo por lo tanto depositario de los instintos. La libido es una forma de energía que habita en el ello, expresada desde el nacimiento hasta la adolescencia a través de diversas fuentes de placer como lo son la boca en la fase oral, el ano en la fase anal, el pene en la fase fálica y los genitales en la fase genital.
- Super-Yo: procede de la introyección de las figuras de referencia tal como eran vividas en la niñez y depositarias de lo que está bien y mal. Incluye elementos tanto conscientes como inconscientes. Auto-observación, censura, culpabilidad, ideal del yo y complejo de inferioridad residen en este apartado.


Si bien el psicoanálisis clásico se centra en resolver el conflicto surgido entre estas instancias disipando así la enfermedad, en las últimas décadas, han surgido nuevos modelos que abogan por distintas dinámicas psíquicas para explicar los síntomas.

Así por ejemplo, el Modelo de Déficit encontraría su causa en una carencia en el desarrollo del paciente, con existencia de estructuras psíquicas debilitadas o ausentes, mientras que otros autores, como Bleichmar, niegan el carácter innato del desear; sostienen que el deseo se construye a partir de una figura de referencia con fuerza en el desear, y que por tanto, con estos pacientes no habría nada que "des-reprimir", sino algo que crear en la terapia.

Basada en las relaciones inconscientes objetales surgen algunas corrientes psicodinámicas actuales, como lo es la Terapia Basada en la Transferencia

para el tratamiento del trastorno de la personalidad, desarrollado por Otto Kernberg. Según esta teoría dinámica, todo individuo lleva dentro de sí diferentes representaciones mentales de sí mismo y de los demás, a partir de las cuales se relaciona con el exterior (relaciones inconscientes objetales). Estos patrones se establecen a partir de sus relaciones con los cuidadores principales en la infancia (sistema de apego).

En 1895 Freud ya habló del fenómeno de la Transferencia  para referirse a lo que ocurre cuando el paciente experimenta al terapeuta como una figura significativa de su pasado. Las cualidades de esta figura del pasado serán atribuidas al terapeuta y las emociones asociadas a tal figura serán experimentadas de la misma manera con el terapeuta, aportando una información muy importante sobre sus relaciones pasadas y cómo influyen sobre las actuales.

 De igual forma, el terapeuta, lleva a la entrevista expectativas, temores y problemas desde su pasado, que son aplicados al entrevistado generando la Contratransferencia. Hoy en día es entendida como una herramienta más de acercamiento al mundo interno del paciente. Por ello que el analista habrá de estar extremadamente atento a sus propias emociones y reacciones, tratando de diferenciar el material aportado por el paciente del suyo propio en la relación terapéutica.

Otro concepto clave del psicoanálisis es el de Mecanismo de Defensa para referirse a aquellos procesos psíquicos dirigidos a contrarrestar estados emocionales displacenteros: represión, desplazamiento, negación, regresión, formación reactiva, aislamiento afectivo, proyección, introyección, idealización, racionalización, escisión... En los manuales citados al final del capítulo se pueden encontrar excelentes definiciones de cada uno de ellos.

■ Tema Nuclear Del Conflicto Relacional (TNCR)

Luborsky (1984,1988) representa el intento más importante para fundamentar en investigación los conceptos y práctica de la psicoterapia psicoanalítica. Plantea que, a pesar de que los síntomas son resultado de conflictos intrapsíquicos (inconscientes

y no observables), éstos se expresan en forma de problemas relacionales que sí son observables.

De esta forma, el problema del paciente puede ser expresado en forma de “Conflicto Relacional” a través de un “Episodio Relacional”. Los componentes de éste último son:

- Deseos o intenciones del paciente (D).
- Consecuencias en términos de “respuesta del otro” (RO).
- Consecuencias en términos de “respuesta del yo” (RY), distinguiendo un componente emocional y otro conductual.

Ante una narración que sugiere la existencia de uno de los elementos de un episodio relacional, el terapeuta dirigirá la conversación de modo que puedan aparecer los otros. En una entrevista estándar pueden identificarse entre 5 y 10 episodios relacionales. El trabajo con el TNCR consiste en mostrar su ubicuidad, haciéndolo consciente en las relaciones pasadas del paciente, en las actuales significativas y en la relación con el terapeuta. De esta forma, puede comenzar a trabajarse sobre la construcción de narrativas alternativas.

Ejemplo. Marta acudió a consulta por un cuadro ansioso refractario al tratamiento farmacológico pautado por su médico de atención primaria. Había empezado a consumir alcohol a diario. Tras una evaluación del caso, se pone de manifiesto que Marta actúa en el trabajo, en la relación con sus superiores, un patrón relacional que se había repetido a lo largo de su vida. Cada vez que ella necesitaría pedir ayuda, por temor a decepcionar a los demás con tal actitud, oculta sus deseos, tratando de ser autosuficiente, y sintiéndose frustrada, insatisfecha y enfadada consigo misma.

En este caso tendríamos:

- Deseo (D): expresar sus necesidades y poder pedir ayuda a los demás para satisfacerlas.
- Respuesta del otro (RO): sentirse molesto o decepcionado con la petición.
- Respuesta del yo (RY).
 - Componente conductual: oculta sus deseos y se somete a los demás.

- Componente emocional: se siente frustrada, insatisfecha consigo misma y enfadada.

La sintomatología por la que consulta (ansiedad, consumo de alcohol) refleja el mecanismo desadaptativo puesto en marcha para manejar conflicto entre el deseo y la respuesta del otro (en definitiva, la estrategia para aliviar la respuesta del yo).

2. MODELOS CONDUCTISTAS

La terapia conductual surge a principios del siglo XX, haciéndose eco de la fe en el progreso científico. Watson, considerado el fundador del conductismo, describe así el objeto de estudio de esta corriente: “...la psicología desde el punto de vista de los conductistas se preocupa de la predicción y el control de la acción humana sin mediar el análisis de la conciencia”.

Por tanto, la terapia de conducta pretende ser un procedimiento científico que promueva el cambio sobre el comportamiento. Se utilizan técnicas fundamentadas en la psicología experimental y se aplican las leyes de aprendizaje normal para comprender también la conducta anormal, pues se considera que ambas siguen los mismos principios. La resolución del problema consiste en desaprender o eliminar los comportamientos desadaptativos y aprender otros nuevos que faciliten la adaptación. Se descarta el análisis de conflictos subyacentes, interesando, exclusivamente, el comportamiento directamente observable.

Basándose en las leyes de aprendizaje (los aprendizajes asociativos y el modelado, entre otros), la terapia de conducta desarrolla técnicas de intervención psicológica: de control de la activación, desensibilización sistemática, de exposición, de autocontrol, de modelado y entrenamiento en habilidades sociales. Existen excelentes manuales que describen las técnicas pormenorizadamente.

3. MODELOS COGNITIVOS

Epicteto en el siglo I afirmó que “los hombres no se perturban por las cosas sino por la opinión que tienen de éstas”, siendo ésta máxima la base para la terapia cognitiva desarrollada por Albert Ellis y Aarón Beck a mediados de los 60.



El procesamiento de la información es una característica que define al ser humano, y que permite a los individuos realizar representaciones de sí mismos y de su mundo. El ser humano está en un continuo procesamiento de información, tanto del interior como del exterior, recibiendo, codificando, interpretando, almacenando y recuperando dicha información, con un papel fundamental en la adaptación y la supervivencia. (D.A. Clark et al 1999).

Podríamos decir, por tanto, que nuestra respuesta ante un determinado acontecimiento vital está condicionada por nuestros esquemas cognitivos (Beck, 1976) o por nuestras creencias irracionales (Ellis, 1958). Estas asunciones o supuestos son adquiridos en etapas tempranas de la vida, y permanecen a nivel no consciente, activándose posteriormente por diversos eventos y generando determinadas interpretaciones que desfiguran dichos acontecimientos (distorsiones cognitivas) y originan problemas emocionales, conductuales y relacionales.

La Terapia Cognitiva asume que el cambio en el modo de procesar e interpretar la información así como de los esquemas cognitivos que resultan maladaptativos mejora el malestar psicológico.

La realización de un autorregistro de pensamientos automáticos que acompañan a las reacciones emocionales, permite mostrar al sujeto las distorsiones del pensamiento que utiliza, facilitando su cambio.

➡ A continuación se muestran los errores cognitivos más comunes:

Inferencia arbitraria	Extraer conclusiones en ausencia de evidencia.
Sobre-generalización	Tendencia a sacar conclusiones generalizadas en base a uno o más incidentes aislados.
Abstracción selectiva	Focalización en un detalle fuera de contexto, ignorando otros hechos más importantes.
Errores de polarización. Pensamiento dicotómico	Tendencia a clasificar las experiencias en categorías extremas.
Personalización	Tendencia a relacionar algo del ambiente consigo mismo.

Las terapias cognitivas, lo mismo que las conductuales, se han preocupado de evaluar su eficacia y, por ello, son de los modelos más contrastados empíricamente y más ampliamente aceptados por la comunidad científica.

➡ 4. MODELOS HUMANISTAS-EXISTENCIALES

Surgen a principios de los años sesenta y se denominan a sí mismos la tercera fuerza, pues intentan ofrecer una alternativa al psicoanálisis y al conductismo. Proviene tanto de la tradición fenomenológica-existencial europea como del fenómeno americano de la psicología humanista.

Conciben a la persona como un todo y consideran que la conducta humana es intencional; conceden mucha importancia a la búsqueda de sentido y a las motivaciones axiológicas como la libertad o la dignidad. De esta forma proponen un modelo para ayudar a las personas a alcanzar su mayor potencial y trabajan con los aspectos positivos.

Aplicado al estudio de la experiencia humana, la fenomenología, cuyos máximos exponentes son Brentano y Husserl, resalta la necesidad de poner entre paréntesis las concepciones individuales para poder entrar sin prejuicios en la experiencia del otro. Heidegger, discípulo de Husserl, sostiene que los seres humanos tenemos la libertad de elegir el modo en que queremos vivir, definiendo como vida auténtica aquella existencia con sentido y crecimiento personal. Binswanger pretende la comprensión de las categorías funcionales (temporalidad, espacialidad, causalidad y materialidad), que el Dasein ("ser-en-el-mundo") proyecta en el mundo de la experiencia. Frankl otorga una gran importancia a la pérdida de significado (sentido) en la vida o vacío existencial, siendo la tarea del terapeuta ayudar al paciente a encontrar significado a su vida.

Los modelos humanistas introducen cambios útiles en el marco psicoterapéutico. Confían en que el paciente es capaz de dirigir su propia vida y de encontrar un camino hacia la autorrealización, por lo que rechazan la posición de autoridad y "de saber" del terapeuta. Ayudan al paciente a conectarse con sus emociones genuinas en una atmósfera de aceptación, centrándose en trabajar con la experiencia en el aquí y ahora.

Dentro de estos modelos encontramos:

- Psicoterapia centrada en el cliente de Rogers, basaba en la no-directividad, y en la confianza de que el cliente sabría desarrollar su propio potencial.
- Terapia gestáltica de Perls, en la que se enfatiza el aquí y ahora y los elementos emocionales, tratando de evitar las especulaciones e interpretaciones sin fin.
- Psicología del ser de Maslow, quien enfatiza la tendencia al crecimiento, con el objetivo de la autorrealización.
- Análisis transaccional de Berne, cuyo fin es ayudar a la persona a restaurar o potenciar la posición existencial original: "yo estoy bien, tú estás bien".
- Psicodrama de Moreno, que propone la representación de roles, ya que la espontaneidad y la creatividad pueden ayudar a la persona a librarse de roles rígidos y crear nuevos roles.

↑ 5. MODELOS SISTÉMICOS

Se caracterizan por su visión de la familia como un sistema transaccional, en el que el síntoma de uno de los miembros de la familia es considerado como el emergente de una dinámica familiar disfuncional y no como un problema derivado de un conflicto intrapsíquico.

La década de los 60, supuso, para los autores sistémicos, un alejamiento de los planteamientos psicoanalíticos y un predominio de la teoría de la comunicación. Por un lado, en EE.UU., Bateson publica su teoría del doble vínculo que explica la esquizofrenia como un intento límite para adaptarse a un sistema familiar con estilos de comunicación incongruentes o paradójicos, mientras que Minuchin postula que los sistemas familiares se organizan como alianzas (mayor cercanía afectiva entre dos miembros de la familia) o coaliciones (alianzas de dos en contra de un tercero).

En la misma década en Europa aparece el llamado grupo de Milán (Mara Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata) que describe a las familias llamadas de Transacción Psicótica, como sistemas de relación

muy rígidos. Un aspecto destacado de este enfoque es el llamado Análisis de la Demanda de tratamiento a través del cual el terapeuta elabora su primera hipótesis sobre el papel que cumple el llamado Paciente Identificado en el funcionamiento familiar y la pone a prueba durante la entrevista terapéutica. El grupo de Milán describió los principios para la conducción de la entrevista basados en la Hipotetización, la Circularidad y la Neutralidad.

Aunque los métodos terapéuticos empleados varían según la escuela, hay una serie de elementos comunes, como por ejemplo, el proceso diagnóstico, que suele requerir entrevistas con toda la familia, existiendo cuatro aspectos centrales del funcionamiento familiar (Foster y Gurman, 1988) que el terapeuta sistémico deberá explorar como una parte más de la historia clínica:

- ➡ Estructura: grado de claridad de los límites familiares, jerarquías y la diferenciación de los miembros.
- ➡ Regulación: secuencia típica de interacción o de relación familiar, que suele ser habitual y predecible. El llamado Paciente Identificado que es aquella persona etiquetada por la familia como conflictivo y portador del síntoma y contribuye a mantener un equilibrio precario en el sistema familiar.
- ➡ Información: manera en que se comunican los miembros de la familia. El terapeuta tratará de identificar y distinguir los distintos tipos de reglas que rigen el funcionamiento familiar, diferenciando por lo tanto entre las reglas reconocidas (verbalizadas), las reglas implícitas (sobreentendidas y no verbalizadas), y las reglas secretas (modos de obrar con los que un miembro, por ejemplo, bloquea las acciones de otro miembro). Igualmente el terapeuta tendrá que estar alerta para identificar un posible Doble Vínculo, por el que una persona estaría recibiendo, de modo implícito, mensajes contradictorios o paradójicos por otro miembro familiar; o situaciones en las que se establezca una Triangulación, comprendida como el intento de resolver los conflictos interpersonales de dos personas involucrando a una tercera, lo que conlleva en ocasiones a alianzas o coaliciones entre los distintos miembros familiares.



■ ➔ Capacidad de adaptación: grado en que la familia es competente a la hora de asimilar cambios y desarrollar un nuevo equilibrio en respuesta a una crisis o reto familiar (como la adquisición de independencia por parte de los hijos o el fallecimiento de un cónyuge). Cuando una familia tiene una pobre capacidad de adaptación sobreviene el peligro de generar un paciente para asegurar la frágil homeostasis familiar.

■ ➔ La siguiente fase consiste en introducir un cambio en la estructura y funcionamiento familiar, que se supone aumentará la capacidad del sistema para manejar la nueva situación. Dicho cambio se dirige a modificar patrones de relación familiares disfuncionales. Para ello el terapeuta dispone de una serie de recursos técnicos, destacando:

- Preguntas circulares: preguntas que realiza el terapeuta sobre el juego familiar.
- Reformulación del problema: explicación alternativa de lo que está ocurriendo para posibilitar un cambio.
- Esculturas familiares: técnica por medio de la cual se recrean en el espacio las relaciones entre los miembros de la familia y se discute sobre ellas.
- Uso de analogías, mediante las cuales el terapeuta expone una metáfora que relata una situación similar a la vivida por la familia, y explora sus reacciones.
- Prescripción de tareas.
- Uso de la resistencia o la intervención paradójica, a través de las cuales el terapeuta se alía con la resistencia familiar al cambio, al proponerles como opción el mantener la situación actual. En ocasiones la familia responde a la provocación mediante el cambio.

➔ 6. TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN

Tras una primera generación de terapias basada en los principios del análisis experimental, principalmente en el condicionamiento clásico y operante, y una segunda que se centró, fundamentalmente, en técnicas cognitivas, hoy podemos hablar de una

tercera generación que recupera el análisis funcional y enfatiza el planteamiento contextualista.

Son conceptos clave de estas intervenciones la aceptación, la búsqueda de valores vitales, la conciencia plena, la dialéctica y la autocompasión. Se parte del uso de técnicas que ayuden a los pacientes a aceptar sus experiencias tal y como son, en lugar de luchar contra ellas o intentar evitarlas. Se consideran terapias dentro de esta corriente, entre otras:

■ ➔ **Terapia de aceptación y compromiso** (Hayes, Strosahl y Houts, 2005).

El paciente se expone a los eventos desagradables que ha evitado anteriormente, adoptando una postura de observador de la experiencia sin crítica, con una actitud de amabilidad hacia uno mismo.

■ ➔ **Terapia conductual dialéctica** (Linehan, 1993; García Palacios, 2006).

Se basa en la teoría biosocial del funcionamiento de la personalidad. El trastorno límite de la personalidad se contempla como un trastorno biológico de la regulación emocional, caracterizado por una elevada sensibilidad emocional, aumento de la intensidad de las emociones y lento retorno a la emotividad basal.

■ ➔ **Terapia cognitiva basada en *mindfulness*** (Segal, Williams, Teasdale, 2002).

Se refiere a la actitud intencional de entrar en contacto con la propia experiencia, centrándose en el momento presente y suspendiendo el juicio. Uno debe dirigirse a sí mismo, en términos de Kabat-Zinn, con “mente de principiante”, con propósito y sin juzgar. A modo de ejemplo, uno de los ejercicios más habituales consiste en centrar la atención sobre la propia respiración, como si se observara ésta por primera vez. Aparecen pensamientos o imágenes en la mente, entonces se toma conciencia de estos y se vuelve la atención a la respiración, sin criticarse ni juzgarse, sin pretender modificarlos, simplemente se vuelve una y otra vez la atención a la respiración. Se adquiere, por tanto, una forma de estar en el mundo centrada en el “ser”, más que en el “hacer” (Kabat-Zinn), fomentando la autocompasión.

↑ 7. MODELOS INTEGRADORES

Los movimientos hacia la integración de las psicoterapias han experimentado un importante crecimiento en los últimos veinte años, surgidos de la insatisfacción con una única escuela y un deseo de mirar más allá de los límites entre las diferentes escuelas y aprender de otras formas de entender la psicoterapia y el cambio.

▶ Arkowitz (1992, 1997) identifica tres direcciones principales que caracterizan el campo de la psicoterapia de integración:

- Eclecticismo técnico: busca mejorar nuestra capacidad para seleccionar el mejor tratamiento para cada paciente y cada problema, sin que por el momento pueda disponer de una teoría que explique cómo pueden ser útiles, a la vez, intervenciones basadas en planteamientos epistemológicos, a veces, incompatibles.
- Integración teórica: construir una teoría que permita explicar a la vez cómo actúan intervenciones originalmente concebidas desde escuelas diferentes, y combinarlas en el tratamiento de pacientes concretos con la pretensión de potenciar su eficacia.
- Factores comunes: búsqueda de elementos comunes de las distintas terapias. Para Gerome Frank (1974), los ingredientes comunes a todas las psicoterapias son: una relación de confianza cargada emocionalmente con el profesional de

ayuda, un encuadre de curación, un esquema conceptual o mito para explicar los síntomas, y un ritual para ayudar a resolverlos. Rogers (1957) afirmó que la psicoterapia es efectiva no por las técnicas específicas que utiliza sino porque facilita un tipo de relación humana en la que el cambio puede tener lugar.

- La corriente de las narrativas terapéuticas: la llegada de las ideas constructivistas a la terapia, en las que toda realidad es la construcción de quienes creen que descubren e investigan la realidad, ponen en duda la existencia de una única realidad, mostrando un nuevo camino para la integración de las psicoterapias. Así Freedman (1996) distingue cuatro ideas fundamentales sobre las que asienta el constructivismo: las realidades son construidas socialmente, se construyen a través del lenguaje, se organizan y se mantienen a través de historias y, lo que es más importante, no hay verdades esenciales. La narrativa es la descripción de la experiencia del paciente a través del lenguaje, en un contexto determinado de tiempo y espacio. La corriente narrativa ha supuesto un marco de integración de ideas provenientes de diferentes escuelas.

Si consideramos los trastornos mentales como narrativas, la psicoterapia sería un procedimiento de participación terapéutica en estas historias de sufrimiento, que busca la generación de narrativas alternativas a través de un proceso de comunicación interpersonal.

RECOMENDACIONES CLAVE

Conocer conceptos claves y técnicas básicas de cada modelo.

Un mismo caso puede plantearse de forma diferente desde las distintas orientaciones psicoterapéuticas.

No existe una única forma válida de abordar un caso, sino tantas como combinaciones paciente-terapeuta puedan darse.



8. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Gabbard, GO. *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. 3ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica panamericana. 2009.

Beck A, Shaw B, Rush AJ, Emery G. *Cognitive Therapy of depression*. New York: Ed. Guilford Press. 1979.

Craighead, WE; Kazdin, AE; Mahoney, MJ. *Modificación de conducta*. Barcelona: Ed. Omega. 1981.

Minuchin, S. *Familias y terapia familiar*. 2nd ed. Barcelona: Ed. Gedisa. 1979.

Linares, JL. *Identidad y narrativa: laterapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Ed. Paidós. 1996.

Yalom, ID. *Existential psychotherapy*. New York: Ed. Basic Books. 1980.

9. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. *La práctica de la Psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer. 2001.

Kabat-Zinn, J. *Mindfulness en la vida cotidiana: cómo descubrir las claves de la atención plena*. Barcelona: Ed. Paidós. 2009.

Klerman GL, Rousanville B, Chevron E, Neu C, Weissman MM. *Psicoterapia interpersonal de la depresión*. New York: Ed. Basic Books. 1984.

Segal, ZV.; William JM y Teasdale JD. *Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de recaídas*. Bilbao: Ed. Desclee De Brouwer. 2006.

Worden JW. *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Ed. Paidós. 1997.

Walín, DJ. *Attachment and Psychotherapy*. New York: Ed. Guildford Press. 2007.



63. DESARROLLO DEL ROL DEL TERAPEUTA



Autoras: Lucía Torres y María José Ávila
Tutora: Carmen Bayón
Hospital Universitario La Paz. Madrid

CONCEPTOS ESENCIALES

Entrenamiento en habilidades de entrevista, una forma de aproximarnos al otro de forma efectiva.

Importancia de las actitudes del terapeuta y del autocuidado en el proceso terapéutico.

La formación.

1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo se abordarán algunos de los requerimientos para la adquisición del rol del terapeuta. En ocasiones, el texto resultará subjetivo, no pudiendo ser de otra manera, pues el proceso de formación del terapeuta no se basa únicamente en el conocimiento objetivo extraído de libros o programas de formación, sino que una gran parte de este proceso requiere un trabajo de autoconocimiento. En otras palabras, en el desarrollo del rol del terapeuta se requiere una exploración y apertura al mundo externo donde se encuentran los textos, colegas, tutores, otros profesionales y al mismo tiempo un viaje interno a través del laberinto de nuestra mente y nuestras relaciones interpersonales.

El convertirse en terapeuta se inicia al principio de la residencia. Es en este momento cuando nos sentamos frente al paciente o pacientes y nos asaltan las dudas y la incertidumbre, y cuando descubrimos que muchas de las respuestas a nuestras dificultades sólo las encontraremos a través de la exploración de la relación terapéutica y de las reacciones personales que surgen en esta relación. Antes de comenzar el camino de la autoexploración, el residente suele aliviar el desasosiego, la frustración, el miedo, o cualquier otra emoción que aparece durante la consulta a través de distintos mecanismos:

- Recetar un fármaco: “al menos estoy haciendo algo que seguro le va a servir”.
- Espaciar las citas: “con este paciente no se puede trabajar” o “ya se sabe que hay pacientes que no se dejan ayudar”.
- Adoptar una actitud paternalista en la que el terapeuta cree tener todas las respuestas a los problemas del paciente “ha mejorado porque ha seguido mis consejos” o “no mejora porque no los sigue”. Esta posición del terapeuta puede generar una actitud pasiva en el paciente o bien provocar enfado al verse despojado del control de su propia vida.

En el desarrollo del rol de terapeuta tenemos que aprender a movernos con flexibilidad entre mente y cuerpo, pensamientos y emociones, y entre nuestro mundo interno y el mundo interno del otro, y este es un proceso que ocurre tanto dentro de la consulta como fuera de ella. Sin tener en cuenta la orientación terapéutica, todas las intervenciones psicoterapéuticas son interpersonales, se establece una relación entre dos o más personas, y cada una de ellas aporta su historia personal al espacio terapéutico. El mundo privado del terapeuta es una de las herramientas más importantes para el trabajo terapéutico y lo que desconocemos de nosotros mismos, no sólo nos



puede producir daño a nosotros, sino que influirá en la relación terapéutica.

➔ 2. SIMILITUDES EN EL CAMINO DEL TERAPEUTA Y DEL PACIENTE

Durante el trabajo terapéutico, es importante tener presente que la relación con el paciente debe ser una relación igualitaria, evitando el colocarnos en una posición distante y fría en la que creemos tener todas las respuestas a los problemas vitales presentados por el paciente. El recordar que existen similitudes entre la situación del paciente y la del terapeuta en proceso de formación nos puede ayudar a no colocarnos en una posición de superioridad, en una posición del “saber”.

Al inicio de la terapia suele sorprender la actitud que toma el paciente con respecto a su terapeuta. En tan sólo dos sesiones, éste se convierte en una figura de referencia para el paciente, hasta el punto de que se puede llegar a producir mejoría por el deseo de agradar y gratificar al terapeuta. Esta actitud, que en ocasiones, resulta tan singular, no dista de la que adopta el residente y futuro terapeuta. Este se acerca a sus figuras de referencia (supervisor, tutor) con una mirada de fascinación, esforzándose en imitarles y en captar su atención.

Fase intermedia: la relación idílica con el supervisor alcanza una nueva dimensión el día que el residente descubre que éste no es perfecto. El no aceptar la imperfección del supervisor, puede llevar a que el residente se sienta engañado y comiencen las críticas y el alejamiento de lo conocido y querido hasta entonces.

En la etapa de terminación, el terapeuta y el paciente descubren que ya no necesitan mantener viva la figura idealizada, pueden aceptar al otro tal y como es, y pueden retomar su camino encontrando respuestas por sí mismos.

➔ 3. HERRAMIENTAS

3.1. LECTURA RECOMENDADA

En las unidades docentes, por compañeros o libros que uno va descubriendo en el camino. A través de los libros se enriquecen las dos vías de formación

de las que hablamos en este capítulo. La externa, al poder encontrar en los libros las bases teóricas de las diferentes escuelas psicoterapéuticas, y la interna, pues la lectura conduce al terapeuta a la autoexploración.

3.2. FORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Los cursos de formación y los másteres son piedras angulares en el proceso de formación. Sin embargo, no habrá que dejarse engañar por la ilusión de convertirse en un “experto” en determinada corriente psicoterapéutica sólo por asistir a las clases teóricas. De nada sirve el conocimiento teórico, si no se acompaña de un movimiento interno de asimilación y acomodación.

En el programa de la especialidad de psiquiatría, la Comisión Nacional recomienda a los residentes la participación en experiencias grupales, sobre todo durante el primer año de la residencia. Esta experiencia permite explorar la influencia de los vínculos interpersonales sobre la actuación profesional. Además, se aconseja el realizar supervisiones que incidan en la formación teórica, clínica y terapéutica. Sin embargo, en los programas oficiales no se ha considerado el modo de desarrollar formación psicoterapéutica, ni se han facilitado criterios respecto al tiempo y contenido. Por tanto la formación se suele realizar fuera de las unidades docentes a través de másteres y cursos de especialización de universidades o del ámbito privado. En el último programa oficial de la especialidad de psiquiatría se resalta la importancia y se oferta la posibilidad de que en el último año de residencia se profundice en áreas concretas, entre ellas formación en psicoterapia, y las unidades docentes están preparándose para poder presentar programas de formación de calidad y prestigio.

La Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP), y la Unión Europea de Médicos Especialistas, tras numerosos debates, consensuaron una serie de requisitos mínimos para conseguir la acreditación como psicoterapeuta:

- Una duración total de 3.200 horas distribuidas en un mínimo de 7 años, siendo los 3 primeros equivalentes a una graduación universitaria. Los otros 4 deben dedicarse a una formación específica en psicoterapia.

- Experiencia personal psicoterapéutica o equivalente, lo que comprende análisis de formación, talleres vivenciales y otros métodos con elementos de auto-reflexión, terapia y experiencia personal (no inferior a 250 horas).
- Formación práctica bajo supervisión continua, apropiada según modalidad psicoterapéutica y con una duración mínima de 2 años.
- Supervisión, formación y psicoterapia personal con psicoterapeutas cuya formación cumpla los criterios referidos.

Una pregunta frecuente entre los residentes es la de: ¿Qué orientación elegir para la formación en psicoterapia? Según nuestra experiencia, la avalancha de información recibida durante los primeros años suele ser tan enorme que sólo sirve para tomar conciencia de lo inmenso que es el mundo de la terapia, de la cantidad de corrientes psicoterapéuticas que existen y de lo complejo que resulta el encontrar un lugar entre todas ellas. Con el tiempo y a lo largo de múltiples experiencias, el terapeuta tiende a descubrir que se puede llevar a cabo una integración de técnicas y de teorías y que sólo cada uno puede encontrar su propio y único estilo terapéutico.

3.3. SUPERVISIÓN

La supervisión puede ser entendida como un espacio donde el terapeuta en formación con la ayuda del supervisor, se convierte en un observador de la experiencia, reconociendo los aspectos de la persona del terapeuta implicados en la práctica, y los modos de relación que pueden interferir en el vínculo. La práctica clínica supervisada asumiendo un progresivo nivel de responsabilidad es muy importante.

3.4. PROPIO PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

Los vaivenes emocionales que se producen durante los años de profesión pueden agotar al terapeuta, quien, en ocasiones, descubre que se encuentra tan perdido como los pacientes, sin nadie que le acompañe en el camino personal que se está abriendo. En este momento puede surgir en el profesional la idea de iniciar la propia terapia, una experiencia que permite profundizar y analizar la historia personal ayudándonos a identificar los puntos de vulnerabilidad y también los puntos de fortaleza. Esta herramienta

no es obligatoria en el proceso de formación, y el hacerlo es una decisión enteramente personal.

4. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE ENTREVISTA

Siguiendo a Rodríguez Vega y Fernández Liria consideramos que la entrevista clínica es en buena medida un arte. Sin embargo, para presentar la obra de arte final es necesario un dominio técnico que se consigue a través del entrenamiento de habilidades y estilos. El entrenamiento es lo que permite que el futuro terapeuta pueda utilizar las distintas herramientas sin que apenas se note el esfuerzo, con espontaneidad y naturalidad. Hay que lograr un equilibrio entre la competencia interpersonal y las técnicas. Durante la entrevista se produce una conversación dialógica entre (en voz alta) y dentro (en silencio) de un cliente y un terapeuta. El futuro terapeuta se convierte así en un experto en la conversación, un proceso de generación de sentido. La conversación permite el desarrollo de significados que son únicos y apropiados para la situación y las personas que participan en ella.

Se pueden distinguir tres niveles de habilidades (tabla 1).

5. POSTURA DEL TERAPEUTA

La práctica de la psicoterapia tiene la peculiaridad de servirse de la persona del terapeuta como instrumento clave para propiciar el cambio y la relación entre paciente y terapeuta es una de las dimensiones más frecuentemente citadas en la investigación de proceso en psicoterapia. Por todo ello parece justificado que además de un entrenamiento en técnicas o intervenciones que fomenten una relación de ayuda con el paciente, es necesario trabajar sobre las emociones y sentimientos que el terapeuta como persona puede sentir en el curso de la terapia. Hacer esto puede tener el efecto de mejorar nuestra capacidad terapéutica, fomentando al mismo tiempo el autocuidado.

5.1. CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN TERAPEUTA-PACIENTE

- Participativa, basada en una actitud de flexibilidad, no directiva, manteniendo un rol activo.



Tabla 1. Niveles de habilidades

PRIMER NIVEL: HABILIDADES BÁSICAS	
Habilidades de escucha	Actitud general de escucha. Atención a lo no explícito. Atención a la comunicación no verbal. Utilización del Yo observador.
Facilitación de la actividad narrativa	Preguntas abiertas. Preguntas cerradas. Parafrasis. Reflejo empático. Recapitulación. Clarificación. Silencio.
Facilitar la generación de narrativas alternativas.	Interpretación. Confrontación. Información. Dar instrucciones.
SEGUNDO NIVEL: HABILIDADES PARA ACOMPASAMIENTO Y GUÍA	
Utilización de un lenguaje evocador de experiencias. Utilización de lenguaje vago. Reflejar en espejo. Personalizar. Utilización de la propia experiencia del terapeuta.	
TERCER NIVEL: HABILIDADES GENERATIVAS	
Tienen como objetivos: – Desafiar la narrativa anclada en la queja. – Conectar la narrativa inicial con otros relatos. – Trabajar con emociones. – Probar los nuevos relatos. – Afianzar los nuevos relatos.	

- Igualitaria: el terapeuta es un experto en conversar y el paciente es un experto en sí mismo. El objetivo no es ofrecer al paciente nuestra propia idea sobre lo que le ocurre o sobre lo que debiera de hacer, sino en guiar al paciente a descubrir las soluciones que se encuentran en su propia historia.
- Exploratoria: mantener una actitud de curiosidad activa, que le lleve a preguntar con ingenuidad, con deseo de saber lo mucho que el paciente sabe sobre sí mismo y sobre sus relaciones.

5.2. ACTITUDES BÁSICAS DEL TERAPEUTA

- Empatía: capacidad de sentir la experiencia emocional de otra persona. Es una dimensión muy importante de la experiencia humana y nos capacita para el desarrollo de la mentalización.
- Genuinidad: ser uno mismo, colaborando con el paciente, y contribuyendo a reducir la distancia emocional. Puede hacerse mediante lo no verbal, con congruencia, espontaneidad, apertura y el buen manejo de la autorrevelación.

- **Respeto:** valoramos al paciente como persona con dignidad, y esto lo podemos transmitir mediante un compromiso. Estamos interesados en el paciente, mostrando nuestro esfuerzo, y evitando las conductas de valoración.
- **Conocimiento de sí mismo:** si no nos sentimos competentes o válidos podemos transmitir esta actitud hacia el cliente, porque todos nuestros sentimientos y pensamientos influyen en la forma de enfocar ciertos aspectos de la relación. El terapeuta debe facilitar la experiencia de base segura que posibilite la exploración de los estados mentales, tanto del paciente como del terapeuta.
- **Suspensión del juicio:** no podemos ser neutrales ya que al llevarlo a cabo se produce un distanciamiento emocional. Tampoco se pueden incluir en la terapia los valores culturales o sociológicos propios del terapeuta que pudieran generar problemas en la comprensión y ayuda del paciente.

↑ 6. LA IMPORTANCIA DEL AUTOCUIDADO DEL TERAPEUTA

El proceso de formación en psicoterapia incluye mucho más que el entrenamiento en técnicas y habilidades y el logro de una pericia en conocimientos. Los terapeutas se ven sometidos a un contexto especial, el de la terapia, que conlleva, para casi todos ellos, una situación de riesgo. El proceso de autoconciencia, la capacidad de escucha empática, la aceptación de múltiples versiones de la realidad, obliga al futuro terapeuta a salir al encuentro de sus propias vulnerabilidades, estados de sí mismo que son reconocidos o no y que quizás se ponen de manifiesto por primera vez en el contexto terapéutico o se potencian a través de la relación con el otro. El interés en reconocerlos es el de poder utilizarlos cuando puedan ayudar a que continúe avanzando la terapia o para entender malos entendidos, o bien evitar la actuación que conllevaría dificultades para el desarrollo del proceso psicoterapéutico.

La práctica de la psicoterapia puede ser para algunos terapeutas un contexto de riesgo en el que hay que tener en consideración ciertos puntos:

- **Evitar la sobreidentificación:** el terapeuta se encontrará a lo largo de su trayectoria pacien-

tes que traen a la consulta historias dramáticas que le remueven por dentro. Es importante que el profesional intente mantenerse alerta para identificar las emociones que son propias del paciente y las emociones que son suyas y que pueda diferenciar unas de otras. De lo contrario podría identificarse con el paciente y descubrirse a sí mismo bien actuando la rabia de éste o bien paralizado por la impotencia.

- **Permitirse sentir:** promover una implicación emocional ni demasiado intensa ni demasiado fría. La posición del terapeuta debe contener una mezcla de calma interna y de atención al otro, estar en alerta sin sentirnos desbordados por las emociones que fluyen en la consulta. El paciente necesita ser sentido por el terapeuta, requiere estar presente en la mente del otro como un ser con deseos y necesidades. El problema no es sentir durante el proceso o la entrevista, el problema pudiera surgir cuando el terapeuta lo que desea o hace es evitar, negar, disociar. El resultado final es que el paciente deja de existir como sujeto en la relación. El futuro terapeuta debe aprender a estar en conexión y cuando lo requiere para poder cuidarse romper esa conexión para volver a conectar. Son estas micro-interacciones de ruptura y reparación que tienen lugar durante las entrevistas las que establecen la base de la resiliencia, y las que capacitan al paciente para tomar las riendas de su vida.
- **Darse permiso a no saber:** es importante que el residente inicie su camino permitiendo un margen para la "ignorancia" pues desde este punto se puede abrir un espacio para el aprendizaje. Frecuentemente, el entusiasmo, el interés, el deseo de acompañar y cuidar a otro ser humano, compensan la falta de experiencia. A pesar de que en ocasiones uno no sepa exactamente lo que se "necesita" en ese momento de la terapia, la entrega a la relación interpersonal, con el único propósito de nutrir y acompañar, aporta un apoyo para el crecimiento y desarrollo.
- **Aislamiento emocional:** en nuestra profesión el aislamiento no sólo en lo referente al entorno físico, sino también el sentirnos solos con los pacientes, es uno de los factores que pueden influir en nuestro trabajo y que pueden generar cansancio. En las entrevistas se produce el en-



cuentro entre dos personas durante el cual una de ellas, el terapeuta, se concentra en explorar los pensamientos y sentimientos íntimos del otro, teniendo que controlar los suyos propios, y donde además, el terapeuta desaparece como persona convirtiéndose en la imagen de figuras pasadas del paciente.

- Crecimiento personal del terapeuta: la profesión de terapeuta no sólo tiene aspectos peligrosos o que deben ser especialmente cuidados. La práctica potencia el desarrollo del terapeuta como un ser autónomo en conexión con los

otros, donde la autonomía se redefine como un “estar disponible para lo relacional”.

En el desarrollo del rol del terapeuta existen tantos caminos y tantas formas adecuadas de ejercer la profesión que sería imposible recogerlas en un manual. Pocos son los consejos útiles y pocas las frases aplicables a todos los terapeutas en potencia, sin embargo, esta frase escuchada a una tutora podría resumir el contenido de este capítulo “Aprender por experiencia no es sólo la mejor, sino seguramente la única forma de acceder a algo como la práctica de la psicoterapia”.

RECOMENDACIONES CLAVE

La práctica de la psicoterapia requiere que el terapeuta ponga su propia persona al servicio de la exploración de los estados mentales del paciente. Los programas de entrenamiento deben focalizarse en el “cómo ser” frente al “qué hacer” para que la terapia se convierta en lo “que hay que hacer junto con el otro”.

Aprender a aceptarse con limitaciones, que es diferente de aceptarse a pesar de las limitaciones.

Trabajar de forma conjunta, terapeuta y paciente, en la construcción de una historia que no esté saturada por el problema utilizando habilidades de entrevista y la relación terapéutica.

7. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Fernández Liria A., Rodríguez Vega B. La práctica de la Psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas. Madrid: Ed. Desclée de Brouwer. 2001.

Rogers C. Psicoterapia centrada en el cliente. Buenos Aires: Ed. Paidós. 1972.

Yalom ID. El don de la terapia. Carta abierta a una nueva generación de terapeutas y a sus pacientes. Buenos Aires: Ed. Emece. 2003.

Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Madrid: Ed. Desclée de Brouwer. 2002.

Rogers C. El proceso de convertirse en persona. Buenos Aires: Ed. Paidós. 1979.

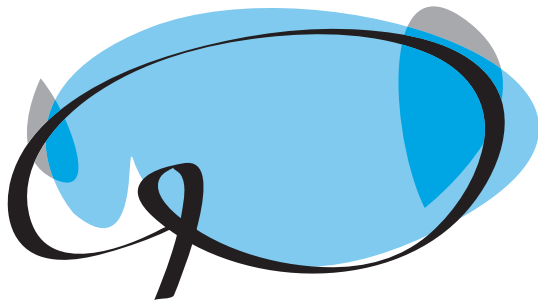
8. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Cormier WH, Cormier S.L. Estrategias de entrevista para terapeutas. 3ª ed. Madrid: Ed. Desclée de Brouwer. 2008.

Worden JH. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Madrid: Ed. Paidós. 2004.

Bleichmar H. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas. Madrid: Ed. Paidós. 1997.

Anderson H. Conversación, lenguaje y posibilidades. Madrid: Ed. Amorrortu. 1997.



MÓDULO 3.

Tratamientos
e Investigación
en psiquiatría
(Formación
longitudinal)



Tratamientos biológicos





64. PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO CON PSICOFÁRMACOS



Autores: Elena Peregrín Abad y David Albillo Labarra
Tutor: Carlos Rejón Altable
Hospital Universitario de la Princesa. Madrid

CONCEPTOS ESENCIALES

Los continuos progresos de la psicofarmacología están permitiendo ampliar enormemente la gama de tratamientos psiquiátricos. Se están desarrollando fármacos más eficaces, menos tóxicos, mejor tolerados y con una acción más localizada.

El perfeccionamiento y la diversificación de las opciones terapéuticas no evitan que los tratamientos farmacológicos causen reacciones adversas ni las interacciones entre fármacos, por lo que los médicos deben saber cómo actuar cuando un paciente presente efectos no esperados o no deseados.

El médico debe actuar guiado por el principio de humanidad respetando al paciente, a su autonomía, definiendo los objetivos a alcanzar con la menor utilización de tratamientos biológicos. Establecerá una alianza terapéutica y no dejará de ampliar constantemente sus conocimientos.

1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo abordaremos los aspectos generales del uso de psicofármacos en la práctica clínica.

La práctica de la psicofarmacología puede resultar difícil por varios motivos:

- La elevada comorbilidad de los trastornos psiquiátricos con enfermedades médicas u otras enfermedades mentales.
- La respuesta parcial o nula del trastorno a medicamentos recomendado en las guías internacionales de tratamiento.
- Los efectos secundarios, que son causas frecuentes del abandono del tratamiento.
- La inespecificidad de los tratamientos biológicos. Actúan sobre los síntomas (insomnio, agitación...) pero no sobre la causa dada.
- En ocasiones, los propios síntomas de la enfermedad entorpecen el cumplimiento terapéutico (como la falta de conciencia de enfermedad en un episodio maniaco).
- La necesidad de compatibilizarla en numerosos casos con prácticas psicoterapéuticas (por ejemplo, la mayoría de los pacientes con diagnóstico de depresión mayor se benefician de una terapia combinada con fármacos y psicoterapia), y otros tratamientos biológicos (la TEC fundamentalmente).
- La “industrialización” de la psiquiatría, como sucede en las demás disciplinas médicas, que obliga a tener más presente aspectos económicos. Conceptos como “análisis del rendimiento” cobran relevancia.
- La progresiva “psiquiatrización” de la vida según la cual problemas de tipo social o laboral son considerados problemas médicos y exigen una intervención de este tipo.



Según el principio de “humanidad” que debe subyacer en toda práctica clínica, incluida la psicofarmacológica, el profesional deberá mantener una actitud que reúna los siguientes elementos:

- Respeto por el paciente. Aunque un paciente haya perdido sus facultades intelectuales, el contacto con la realidad o se encuentre en una excitación maníaca, su valor como ser humano permanece siempre intacto y debe ser respetado. Esto implica que se use el tiempo adecuado para atenderles, se les escuche imparcialmente, se les trate con sinceridad, se respeten sus creencias religiosas y sus puntos de vista sobre la vida. La limitación del derecho a decidir sobre su persona debe minimizarse.
- Refuerzo de la autonomía del paciente. Lo ideal es “ayudar al paciente a que se ayude a sí mismo”. Se potenciará al máximo que adopte una actitud responsable frente a sus cuestiones personales, siempre y cuando su trastorno mental no lo contraindique.
- Mínima utilización de tratamientos de carácter invasivo. Dicha característica será un criterio a la hora de elegir un tipo de tratamiento u otro, basándonos en el enunciado de “*Primum non nocere*”. Se preferirá siempre que sea posible un tratamiento en régimen ambulatorio que intrahospitalario, por ejemplo.
- Definición de objetivos. Tras valorar cada caso se deberán formular unos objetivos (realistas), y con ellos las medidas correspondientes para conseguirlos. Todo ello se debe comunicar al paciente y familiares en términos comprensibles. Se tratará de trabajar conjuntamente con el resto de los profesionales que intervienen en el cuidado de la salud del paciente.
- Confrontación con el saber universal. Una adecuada práctica clínica incluye el conocimiento del saber científico actual, la consulta a otros especialistas más expertos, supervisiones...
- Atención al modelo biopsicosocial que explica la salud y la enfermedad mental. Según éste, el conocimiento y la experiencia se desarrollan a partir de unas bases genéticas y una predisposición individual, y se modifican por las relaciones interpersonales y el ambiente en general. Un enfoque que considere el trastorno mental como

una alteración únicamente somática (o psicológica o social) será equivocado. Tampoco es correcto tratar la patología grave con medidas biológicas y la leve con medidas psicológicas como se tiende a hacer en ocasiones.

- Alianza terapéutica. Es fundamental que el especialista se esfuerce en generarla. Se refiere a la colaboración que se establece entre el paciente y él, que implicará un vínculo emocional y permitirá que se establezcan las metas del tratamiento y las medidas necesarias conjuntamente. Para ello el especialista deberá crear una realidad común con el paciente. Esto cobra especial dificultad cuando se trata de pacientes con alteraciones cognitivas y emocionales severas.
- En toda práctica terapéutica hay que tener en cuenta los determinantes para la evaluación de las actuaciones sanitarias: (tabla 1).

Tabla 1. Determinantes para la evaluación de las actuaciones sanitarias

EFICACIA	Resultado obtenido de una actuación sanitaria en condiciones teóricas.
EFICIENCIA	Resultado de una intervención sanitaria en condiciones reales de aplicabilidad.
EFICIENCIA	Relación entre los resultados obtenidos y los recursos empleados. Para que una opción sea eficaz, habrá de ser efectivo al menor coste posible.

2. CONSIDERACIONES GENERALES

Una utilización adecuada de los psicofármacos exige el conocimiento de sus características farmacéuticas, farmacocinéticas y farmacodinámicas.

2.1. FARMACOCINÉTICA

Los psicofármacos ejercen su función en el cerebro, donde han de concentrarse en cantidades adecuadas. Ello dependerá de su absorción, metabolismo, distribución, excreción y capacidad de cruzar la ba-



rrera hematoencefálica. Si se altera alguno de estos procesos por la administración conjunta con otros fármacos, hablaremos de interacciones farmacocinéticas (tabla 2).

2.2. ABSORCIÓN

La mayoría de los psicofármacos se absorben con facilidad en el intestino dado que son lipofílicos. Su absorción disminuirá cuando aumente el tránsito intestinal, síndrome de malaabsorción o gastrectomía, aumentará cuando el estómago está vacío, por ejemplo.

2.3. METABOLISMO

Los psicofármacos pasan desde la luz del tubo digestivo a la circulación portal, y de ahí al hígado, donde casi todos sufren el llamado "metabolismo de primer paso". Se reduce, pues, la cantidad de fármaco que pasa a la circulación sistémica.


- Diferenciar entre absorción (cantidad de fármaco que atraviesa la pared digestiva) y biodisponibilidad (cantidad de fármaco que pasa a la circulación sistémica).
- La capacidad metabólica hepática difiere de un individuo a otro.
-  Hay fármacos que, de administrarse conjuntamente, podrían inducir el metabolismo del fármaco lo cual obligaría a aumentar la dosis del fármaco propuesto, y sustancias que podrían inhibir su metabolismo, aumentando el riesgo de toxicidad. Por ejemplo: un paciente con diagnóstico de TAB en tratamiento con lamotrigina. Si se añade al tratamiento ácido valproico disminuirá su concentración (valproato es un inductor enzimático de la glucuronidación) y aumentará en su administración conjunta a fenitoína o carbamazepina (inductores enzimáticos).
- Aunque el metabolismo de primer paso reduce la cantidad de fármaco original que llega al cerebro, los metabolitos de algunos fármacos tienen en sí mismos propiedades terapéuticas (como el diazepam).
-  La concentración plasmática del fármaco no es en absoluto un buen indicador para el tratamiento por varios motivos:

A igual dosis administrada, cambia notablemente entre un individuo y otro.


No hay una relación directa entre concentración plasmática y efectos clínicos.

Muchos fármacos poseen metabolitos, algunos con efectos terapéuticos, y otros no.

Gran parte de los psicofármacos se unen a proteínas plasmáticas (las pruebas analíticas detectan la concentración total de fármaco, aunque la fracción libre es más importante).

 El carbonato de litio es el único psicotrópico que se mide sistemáticamente en la práctica habitual dado que su farmacocinética es muy simple. Resulta muy útil para evitar toxicidad (ventana terapéutica muy estrecha). Sus valores plasmáticos deben oscilar entre 0,6 y 1,2 mmol/l.

En los últimos años también se hacen mediciones periódicas de los niveles de ácido valproico.


 Medir la concentración plasmática de un fármaco permite corroborar el cumplimiento terapéutico (aunque en la rutina clínica se realiza utilizando la orina como muestra).

2.4. DISTRIBUCIÓN

Los psicotrópicos se distribuyen en el plasma, donde la mayoría se unen a proteínas plasmáticas en su mayor parte (amitriptilina hasta un 95%, por ejemplo). Dado que son lipofílicos, pasan con facilidad a través de la barrera hematoencefálica, y también a los depósitos de grasa, desde donde son liberados lentamente hasta semanas después de la suspensión del tratamiento.

2.5. EXCRECIÓN

Casi todos los psicotrópicos se eliminan al exterior a través del riñón.

 En situaciones de deterioro de la función renal la excreción disminuye, por lo que habrán de prescribirse dosis menores. Se deberá medir la función renal (usando la creatinina como parámetro) en pacientes ancianos.

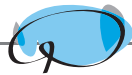


Tabla 2. Interacciones farmacocinéticas

Ejemplos de Interacciones farmacocinéticas	
ABSORCIÓN	El sucralfato de magnesio (antiácido) disminuye la concentración de sulpiride.
DISTRIBUCIÓN	El valproato desplaza a la fenitoína de su unión a las proteínas plasmáticas.
METABOLISMO	La fluoxetina, inhibidor del citocromo P450, aumenta la concentración de diazepam.
EXCRECIÓN	El litio aumenta en su administración conjunta con AINEs, bicarbonato y tiazidas (por alteración en la secreción tubular).

3. FARMACODINÁMICA

Los psicofármacos interfieren en la función de los neurotransmisores por múltiples mecanismos diferentes (tablas 3 y 4):

Tabla 4. Interacciones farmacodinámicas

Ejemplos de interacciones farmacodinámicas
El alcohol potencia el efecto de todos los psicofármacos.
Los ISRS en combinación con otros antidepresivos (ISRS, duales, tricíclicos, IMAOS) aumentan el riesgo de síndrome serotoninérgico.
EL flumazenilo inhibe la acción de las BZD (lo cual representa una interacción farmacodinámica beneficiosa en la práctica clínica, en situaciones de sobredosis).

Tabla 3. Interferencias con los neurotransmisores

Acción agonista sobre el receptor	Las benzodiazepinas se unen a los receptores asociados al GABA mediando así la apertura de los canales de cloro.
Acción antagonista sobre el receptor	Los antipsicóticos ejercen una acción antagonista sobre los receptores dopaminérgicos a nivel del sistema mesolímbico (lo cual explica sus efectos terapéuticos), pero también a nivel extrapiramidal produciendo efectos adversos (parkinsonismo farmacológico).
Actuación sobre segundos mensajeros	El litio por ejemplo inhibe el metabolismo del inositol fosfato, el cual actúa como segundo mensajero en la neurotransmisión.
Alteración del almacenaje de neurotransmisores en la terminación presináptica	La reserpina (que causa depresión) impide que los neurotransmisores se incorporen a las vesículas de almacenaje de la terminación nerviosa presináptica.
Aumento de la liberación de neurotransmisor	Las anfetaminas aumentan la liberación presináptica de noradrenalina y dopamina.
Inhibición de la recaptación de neurotransmisor	La mayoría de los antidepresivos ejercen su acción a través de la inhibición de la recaptación de monoaminas en la terminación presináptica, acumulándose en el espacio sináptico.
Inhibición del metabolismo intracelular	Los IMAOs inhiben de forma irreversible la enzima mitocondrial monoaminooxidasa (MAO) que participa en la oxidación de las monoaminas.

4. ASPECTOS FARMACÉUTICOS

Las formulaciones farmacéuticas pueden manipularse para conseguirse determinados efectos. Ejemplo de ello es el uso de emulsiones oleosas para la administración de neurolépticos de liberación retardada.

5. ADMINISTRACIÓN DE PSICOTROPOS

5.1. ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO

- Es fundamental tener claro el diagnóstico antes de prescribir un psicofármaco. Si aún no se ha establecido se deberán formular hipótesis para esbozar un diagnóstico diferencial. No hay que perder de vista que la clínica psiquiátrica puede estar provocada por un problema orgánico.
- ➡ Previo a la indicación de tratamiento se deben identificar los síntomas diana sobre los que actuaremos, y monitorizarlos durante el seguimiento para así valorar la eficacia del tratamiento. También habremos de evaluar la calidad de vida del paciente anterior al debut del episodio actual (se valorará su percepción de bienestar subjetivo o nivel de funcionamiento laboral, por ejemplo). Esto es especialmente relevante cuando el diagnóstico no está claro y se administra el fármaco empíricamente.
- ➡ Siempre hay que tener en cuenta los posibles tratamientos concomitantes en el sujeto. Las interacciones farmacológicas pueden aumentar la toxicidad del fármaco prescrito (por ejemplo, los AINEs y los diuréticos pueden incrementar los niveles plasmáticos de litio), pueden ser la causa de los síntomas psiquiátricos del paciente o disminuir la eficacia del tratamiento propuesto.
- ➡ Evaluar sistemáticamente la posibilidad de abuso de tóxicos. En general se recomienda que, cuando exista un consumo activo de tóxicos y un supuesto trastorno psiquiátrico, el paciente se desintoxique antes de iniciar el tratamiento, salvo que su estado clínico lo impida. También determinará el tipo de fármaco a utilizar (en el tratamiento de la ansiedad de un paciente con abuso de tóxicos se puede optar por la gabapentina, dado que no produce dependencia, a diferencia de las BZD).

5.2. INSTAURACIÓN DEL TRATAMIENTO

- ➡ Si una medicación ha sido eficaz y bien tolerada por el paciente previamente es razonable volver a emplear el mismo fármaco, aunque se disponga de otros más modernos para su problema.
- ➡ Cuando haya que elegir entre varios fármacos igualmente eficaces, lo conveniente será utilizar aquél cuyos efectos secundarios a largo plazo se conozcan mejor. Además, los fármacos ampliamente utilizados son más baratos que los de última generación.
- ➡ Una vez elegido el fármaco se deberá administrar en la dosis correcta durante un tiempo adecuado, de forma que si los síntomas diana no mejoran no será necesario volver a dicho tratamiento. Dos de las principales causas de fracaso del tratamiento con antidepresivos en pacientes bien diagnosticados son las dosis incorrectas y la duración inadecuada.
- ➡ En general es preferible emplear un solo medicamento para producir los efectos de una combinación (por ejemplo, en un paciente con depresión e insomnio el uso de mirtazapina resulta beneficioso por sus propiedades sedativas). En otras ocasiones se recurre a las combinaciones de fármacos para potenciar el tratamiento, persiguiendo una mayor eficacia con el menor riesgo posible. Por ejemplo, combinaciones de antidepresivos (ISRS junto a mirtazapina o bupropion), o litio y antidepresivos en los trastornos depresivos recurrentes. Otro ejemplo, benzodiacepinas y neurolépticos en la clínica aguda de la esquizofrenia.
- ➡ Hay que conocer adecuadamente los efectos secundarios de los psicofármacos que prescribimos. Evaluaremos su posible presencia preguntando directamente al paciente y si es necesario realizando una exploración física o prueba complementaria. Recordar que un efecto secundario podría simular un síntoma psiquiátrico.
- ➡ Se debe ajustar cuidadosamente la dosis correcta del fármaco, siempre dentro del rango terapéutico que indique el fabricante, en función de la gravedad de la clínica, la edad, el peso y la presencia de factores que puedan alterar la farmacocinética del fármaco. Se reajustará la medicación para conseguir la dosis mínima eficaz, es decir, aquélla que consigue el efecto terapéutico deseado para una fase



de enfermedad concreta con los mínimos efectos secundarios.

↑ Se establecerá un régimen terapéutico sencillo siempre que sea posible para así favorecer el cumplimiento terapéutico. Para ello resulta útil prescribir un solo fármaco, con el menor número de tomas diarias. La duración de la acción de la mayoría de los psicofármacos permite administrarlos sólo una o dos veces al día (manteniendo concentraciones plasmáticas terapéuticas entre toma y toma).

➡ Muchos pacientes no aceptan el tratamiento que se les indica. Para que esto sea posible deben estar convencidos de la necesidad de tomarlos (lo cual requiere la presencia de conciencia de enfermedad), estar libres de los prejuicios de los peligros de los psicofármacos (por ejemplo el temor a depender de ello o a sus efectos secundarios) y poseer una capacidad cognitiva adecuada para acordarse de tomarlos. Todo tiempo utilizado para discutir los intereses del paciente será bien invertido ya que aumentará la adherencia terapéutica. En algunos casos se recurrirá a la supervisión de la toma de medicación por parte de los familiares o a la administración de medicación depot.

➡ Hemos de estar atentos de no sobreprescribir fármacos, fenómeno que ocurre frecuentemente con los ansiolíticos, hipnóticos y antidepresivos.

➡ El médico debe comunicar al paciente los siguientes datos en torno al plan terapéutico (tabla 5).

6. SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO

↑ Un fármaco debe retirarse cuando no es eficaz. Mantener tratamientos ineficaces indefinidamente aumenta el riesgo de efectos secundarios y costes innecesarios. La principal razón para cambiar de fármaco es que los efectos secundarios no hayan permitido alcanzar la dosis terapéutica.

El gran reto lo constituye el discernir cuándo se debe retirar un fármaco que ha sido eficaz. Es un tema bastante delicado si tenemos en cuenta la neurotoxicidad propia de los psicotropos y los aspectos que caracterizan a gran parte de los trastornos psiquiátricos: cronicidad, recurrencia, mayor severidad del trastorno y mayor frecuencia de los episodios conforme avanza el curso de la enfermedad... La cuestión será identificar aquellos pacientes que requerirán medicación a largo plazo y cuáles no, para asegurar que no haya recaídas.

↑ Se recomienda que en pacientes con diagnóstico de depresión en tratamiento con antidepresivos que han resultado eficaces, estos se mantengan con la misma dosis al menos durante 6 meses más (siempre que no se trate de un trastorno recurrente o con síntomas psicóticos). En pacientes con diagnóstico de esquizofrenia parece que lo recomendable es mantener a largo plazo una dosis mínima de neurolepticos. En cualquier caso nuestra función será informar adecuadamente a pacientes y familiares de las alternativas.

Tabla 5. Los efectos iniciales probables del fármaco

Los efectos iniciales probables del fármaco.
Tiempo que transcurre entre el inicio del tratamiento y la aparición de los primeros efectos terapéuticos.
Los primeros signos de mejoría (mejoría del sueño con los antidepresivos).
Efectos secundarios frecuentes (boca seca con antidepresivos), y tranquilizar al paciente.
Efectos secundarios graves (temblor intenso de manos con litio) que requieren ser comunicados con la mayor prontitud.
Las restricciones posibles que suponen tomar el fármaco (consumo regular de sal y agua en tratamiento con litio).
La duración esperada del tratamiento: recomendar usar por poco tiempo las benzodiacepinas así como mantener el tratamiento con antidepresivos o antipsicóticos a pesar de la mejoría clínica.

➔ Cuando se interrumpa un tratamiento lo ideal es retirarlo progresivamente, reduciendo la dosis y administrándolo en días alternos.

➔ Valorar la posible aparición de síntomas de rebote, recurrencia del trastorno o la abstinencia (en este último caso la sintomatología será nueva y característica de la abstinencia a esa sustancia).

7. PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS EN SITUACIONES ESPECIALES.

Los contenidos de este apartado se desarrollan en la tabla 6.

Tabla 6. Situaciones especiales

NIÑOS	En los últimos años existe una tendencia a incorporar el uso de psicofármacos junto a las terapias de índole social y psicológica. Los fármacos estimulantes son beneficiosos en el TDAH grave. Las dosis se han de ajustar adecuadamente en base a las diferencias en la farmacocinética respecto a la de los adultos (ver capítulo de Psiquiatría Infantil).
ANCIANOS	Este grupo de pacientes reúne una serie de características (disminución de la función renal y hepática, menor cantidad de grasa corporal, disminución de unión a proteínas plasmáticas, polifarmacia) que obliga a adoptar una postura cautelosa. En general se empezará con dosis muy bajas que se irán aumentando lentamente y alcanzando valores inferiores a los indicados para los adultos.
MUJERES EMBARAZADAS	Evitar los psicofármacos en el primer trimestre de embarazo por el riesgo de teratogénesis. Si una mujer en edad fértil requiere tomar medicación se le recomendará que tome algún método anticonceptivo. Si la paciente se queda embarazada mientras está tomando un psicofármaco se sopesará el riesgo de recaída con el riesgo establecido de teratogénesis.
LACTANCIA	Las benzodiacepinas, el carbonato de litio y algunos neurolépticos y antidepresivos pasan con gran facilidad a la leche materna. No se descarta que puedan afectar al desarrollo cerebral del bebé por lo que en general se recomienda que las mujeres en tratamiento con psicotropos recurran a la lactancia artificial.
PACIENTES CON ENFERMEDADES MÉDICAS CONCOMITANTES	Hay que ser muy cuidadoso a la hora de prescribir psicofármacos a pacientes con enfermedad médica, especialmente trastornos renales y hepáticos que puedan interferir en su metabolismo o excreción. También puede pasar lo contrario: trastornos orgánicos empeoran por los efectos secundarios de los psicofármacos (p. ej. agravamiento del glaucoma con medicación anticolinérgica).

8. CLASIFICACIÓN DE LOS FÁRMACOS UTILIZADOS EN PSIQUIATRÍA

En psiquiatría se utilizan principalmente tres grupos farmacológicos:

- **Psicotrópicos:** son aquellas sustancias con efectos principales en síntomas mentales.
- **Antiparkinsonianos:** para controlar los efectos secundarios de algunos psicotropos.
- **Antiepilépticos:** usados principalmente como estabilizadores del humor y antiimpulsivos.

A su vez, los psicotropos se dividen en cinco grupos según la acción principal. Muchos poseen acciones secundarias (antidepresivos con efecto ansiolítico) (tabla 7).



Tabla 7. Fármacos psicotropos

FÁRMACOS PSICOTROPOS	
ANSIOLÍTICOS	También llamados tranquilizantes menores. Reducen la ansiedad. A dosis elevadas producen somnolencia (por lo que también se les denomina “sedantes”).
HIPNÓTICOS	Ayudan a dormir. Muchos de ellos son del mismo grupo farmacológico que los ansiolíticos.
ANTIPSIKÓTICOS	Indicados para el control de los delirios, alucinaciones y agitación psicomotriz en las psicosis. También llamados “tranquilizantes mayores”, por su efecto calmante y “neurolépticos” por sus efectos secundarios neurológicos.
ANTIDEPRESIVOS	Mejoran los síntomas del trastorno depresivo pero no elevan el ánimo en individuos sanos (los medicamentos con este efecto son los estimulantes del SNC, que se usan muy limitadamente en la práctica clínica actual, principalmente en el TDAH y narcolepsia). Los antidepresivos se emplean además en el tratamiento de trastornos de ansiedad crónicos y TOC.
ESTABILIZADORES DEL HUMOR	Para evitar las recaídas en los trastornos afectivos recurrentes.

RECOMENDACIONES CLAVE

Es obligado conocer las propiedades farmacocinéticas de los fármacos que utilicemos, dado que su biodisponibilidad y concentración tisular pueden variar por múltiples factores (atención a las interacciones en pacientes polimedcados). A pesar de que en general la concentración plasmática no es un buen indicador, en pacientes en tratamiento con litio su determinación debe realizarse sistemáticamente.

Constituye un verdadero reto determinar la dosis óptima del fármaco con los mínimos efectos secundarios asociados, cuánto tiempo se debe mantener un tratamiento que ha sido eficaz y cuándo ha de retirarse uno que no ha sido efectivo. En general, los tratamientos antidepresivos deben mantenerse un mínimo de 6 meses. La duración del tratamiento neuroléptico es más variable.

En la medida de lo posible se evitará la prescripción de fármacos a mujeres en período de embarazo o lactancia. En los niños y ancianos se valorará con más cuidado la pertinencia de su indicación, y en caso de prescribirse se ajustará cuidadosamente la dosis.

9. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Lindsay C. Fundamentos de Farmacocinética y Farmacodinámica. En: Schatzberg A, Nemeroff C (eds.). Tratado de Psicofarmacología. 13ª edición. Barcelona: Ed. Masson. 2006:135-155.

Kaplan H, Sadock B. Principios generales de la Psicofarmacología. En: Kaplan H, Sadock B (eds.). Sinopsis de Psiquiatría. 10ª edición. Madrid: Ed. Lippincott Williams & Wilkins. 2009: 976-992.

Gelder M, Harrison P, Cowen P. Drugs and other physical treatments. En: Gelder M, Harrison P, Cowen P (eds.). Shorter Oxford Textbook of Psychiatry. 5ª edición. New York: Ed. Oxford University Press. 2005:517-577.

Stahl, S. Psicofarmacología esencial. Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas. 2ª edición. Ed. Ariel Neurociencia. 2002.

Arana G, Rosenbaum J. Introducción a la Psicofarmacología. En: Arana G, Rosenbaum J (eds.). Drogas psiquiátricas. 4ª edición. Madrid: Ed. Marbán Libros. 2002:1-8.

10. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Gelder M, Gath D, Mayou R. Fármacos y otros tratamientos físicos. En: Gelder M, Gath D, Mayou R (eds.). Oxford Textbook of Psychiatry. Ed. Oxford University Press: 614-623.

Böker W. General Principles for Psychiatric Treatment. En: Henn F, Sartorius N, Helmchen M (eds.). Contemporary Psychiatry. Berlin: Ed. Springer. 2000:165-175.

Glick D, Braff D, Janowsky D. Short- and Long-Term psychopharmacological Treatment Strategies. En: Bloom F, Kupfer D (eds.). Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress. Nueva York: Ed. Raven Press. 1995:839-847.

Shiloh R, Stryjer R, Weizman A, Nutt D. Atlas de farmacoterapia psiquiátrica. 2ª ed. Abingdon: Ed. Informa Healthcare. 2006:2-23.

Lorenzo P, Moreno A, Leza JC, Lizasoain I, Moro MA, Velázquez. Farmacología básica y clínica. 17ª ed. Madrid: Ed. Médica Panamericana. 2005:289-294, 1017-1027.





65. ANTIPSICÓTICOS



Autor: Ramón Ramos Ríos

Tutor: Mario Páramo Fernández

Complejo Hospitalario Universitario de Conxo. Santiago de Compostela

CONCEPTOS ESENCIALES

Uno de los mayores hitos de la medicina en el siglo XX ha sido el desarrollo de fármacos capaces de tratar las manifestaciones psicóticas.

El efecto antipsicótico principal se debe al antagonismo D₂, con un índice de ocupación de estos receptores entre el 60-80%, por encima de este umbral sólo se incrementarían los efectos secundarios.

Su principal indicación es el tratamiento de la esquizofrenia y los cuadros psicóticos emparentados (paranoia, trastorno esquizofreniforme), aunque su uso está extendido en múltiples patologías psiquiátricas y médicas.

Los efectos adversos extrapiramidales son los más conocidos por su relevancia clínica, los antipsicóticos de 2ª generación tienen en general menos efectos extrapiramidales. El perfil de ocupación de receptores diferencia a los antipsicóticos en la incidencia de efectos secundarios.

Actualmente se consideran de primera elección los antipsicóticos atípicos, la respuesta previa a los antipsicóticos. Y su perfil de efectos secundarios son claves para la elección del tipo de antipsicóticos.

1. FARMACOCINÉTICA

Se subdivide en 5 etapas: liberación de la forma farmacéutica, absorción, distribución, metabolismo y eliminación (tabla 1).

↑ 2. FARMACODINAMIA

La principal actividad farmacológica de todos los antipsicóticos es su afinidad por los receptores D₂.

Los efectos terapéuticos y adversos del bloqueo D₂ se explican por sus efectos sobre las principales vías dopaminérgicas del cerebro:

- Tracto mesolímbico: eficacia antipsicótica.
- Tracto mesocortical: aplanamiento y embotamiento afectivo: síndrome deficitario por neurolepticos (ataraxia).
- Tracto negroestriado: síntomas extrapiramidales.
- Tracto tuberoinfundibular: efectos neuroendocrinos.

➡ Para lograr la eficacia antipsicótica se considera que se debe lograr un antagonismo D₂ entre el 60-80%, por encima de este umbral sólo se incrementarían los efectos secundarios (sólo la clozapina tiene una afinidad menor del 60% a dosis terapéuticas).

Tabla 1. Farmacocinética de los antipsicóticos

Liberación y absorción	
Vía oral	<ul style="list-style-type: none"> • Rápida absorción oral, picos de concentración plasmática en 1-4 h. • Mayor rapidez en formulaciones líquidas o bucodispersables.
Vía parenteral	<ul style="list-style-type: none"> • Picos entre 30-60 min. (inicio de acción a los 15 min.). • Mayor biodisponibilidad al evitar efecto primer paso. • Vía intravenosa puede ser útil en delirium (aunque no aprobada por FDA).
Formulaciones de acción prolongada (im.)	<ul style="list-style-type: none"> • Neurolépticos depot: ésteres de neurolépticos en disolución oleosa. Absorción muy lenta, vida media prolongada (efectos durante meses). • Risperidona inyectable de larga duración (microesferas de polímeros biodegradables en solución acuosa). Liberación más predecible.
Distribución	
<ul style="list-style-type: none"> • Compuestos muy lipofílicos con gran volumen de distribución. Se unen a tejido graso, SNC y pulmón. • Unión a proteínas plasmáticas en torno al 90% (cuidado en situaciones de hipoproteinemia). • Alcanzan concentraciones en equilibrio en 5-10 días. 	
Metabolismo	
<ul style="list-style-type: none"> • Hepático (citocromo p450 (CYP) 2D6 y CYP 3A isoenzimas). • A través de conjugación, hidroxilación, oxidación, desmetilación y formación de sulfóxidos. • Metabolismo complejo, múltiples metabolitos, algunos activos, por lo que no se encuentra correlación entre concentraciones plasmáticas de fármaco y respuesta clínica. 	
Eliminación	
<ul style="list-style-type: none"> • Urinaria y a través de las heces. • Semivida de eliminación en torno a las 24 h. 	<ul style="list-style-type: none"> • Clásicos: en general > 24 h, permite administración 1 vez al día. • Entre los atípicos, más variable: <ul style="list-style-type: none"> – Aripiprazol la más larga 75 h. – Ziprasidona o quetiapina: corta (2-3 dosis al día). – Risperidona: corta, pero más larga la de su metabolito activo hidroxirisperidona.

Además, los antipsicóticos no son fármacos limpios, presentan afinidad por múltiples receptores: serotoninérgicos (5HT), muscarínicos (M), histaminérgicos (H), α -adrenérgicos. El perfil receptorial y la afinidad por determinados receptores va a determinar sus efectos clínicos (tabla 2), su atipicidad (además de la respuesta clínica, tabla 3) y el perfil de efectos secundarios (tabla 4).

➡ Las interacciones se pueden producir por mecanismos farmacocinéticos o farmacodinámicos. Las que pueden tener alguna relevancia clínica se resumen en la tabla 5.

↑ 3. INDICACIONES TERAPÉUTICAS Y DOSIS RECOMENDADAS

Su principal indicación es el tratamiento de la esquizofrenia y los cuadros psicóticos emparentados (paranoia, trastorno esquizofreniforme), tanto durante el episodio agudo como en fase crónica. Las dosis recomendadas se recogen en la tabla 6. Para la agitación psicótica se pueden utilizar formulaciones inyectables, su utilización se resume en la tabla 10.

➡ Todas las indicaciones aprobadas y recomendaciones de uso específicas se resumen en tabla 7.

Tabla 2. Efectos clínicos de los antipsicóticos

	Efecto	Clase de antipsicóticos (ejemplos)	Mecanismo de acción
Síntomas positivos	+++	Clásicos incisivos (haloperidol, pimocide, flufenacina).	Bloqueo D2.
	+++	Atípicos con mayor afinidad D2 (risperidona, amisulpiride -dosis altas-).	
	+ / ++	Clásicos sedativos (fenotiazinas: clorpromazina, levomepromacina, perfenazina).	Dosis mucho mayores para alcanzar bloqueo D2.
Síntomas negativos, cognitivos, afectivos	+ / ++	Atípicos (clozapina, olanzapina, ziprasidona, aripiprazol, quetiapina, amisulpiride -dosis bajas-, risperidona).	Varias hipótesis (ver tabla 3).
	- / 0	Clásicos.	Bloqueo D2 indiscriminado y de larga duración.
Sedación	++ / +++	Clásicos sedativos	Bloqueo M1 y H1 .
	++ / +++	Atípicos "sucios" (quetiapina, olanzapina, clozapina).	
	+ / ++	Clásicos incisivos.	Menor afinidad por receptores M1 y H1 .
	0 / +	Atípicos "más selectivos" (risperidona, paliperidona, amisulpiride, aripiprazol, ziprasidona).	

Antipsicóticos atípicos "sucios": nos referimos a los que actúan sobre multitud de sistemas de neurotransmisión

Tabla 3. Criterios de atipicidad

Clínicos:
<ul style="list-style-type: none"> • Bajo riesgo de inducir efectos adversos extrapiramidales y neuroendocrinos. • Mayor eficacia sobre sintomatología negativa o en pacientes resistentes.
Mecanismos de acción propuestos:
<ul style="list-style-type: none"> • Afinidad del bloqueo 5HT_{2A} mayor que D₂ (cociente 5HT_{2A}/D₂) (todos salvo amisulpiride y aripiprazol). • Disociación rápida del receptor D₂ (todos). • Agonismo parcial D₂, estabilizador dopaminérgico (aripiprazol). • Selectividad sobre vías mesolímbicas (amisulpiride, otros atípicos). • Agonismo parcial 5HT_{1A} (clozapina, quetiapina, ziprasidona, aripiprazol).

Tabla 4. Perfil receptorial y efectos secundarios

Bloqueo D ₂	SEPN, hiperprolactinemia, ataraxia.	Neurolépticos incisivos, atípicos a dosis altas (sobre todo risperidona y amisulpiride)..
Bloqueo α ₁	Hipotensión ortostática, sedación, disfunción sexual.	Neurolépticos sedativos, atípicos "sucios", risperidona, sertindol.
Bloqueo H ₁	Sedación, aumento de peso, incremento de riesgo metabólico.	Neurolépticos sedativos, atípicos "sucios".
Bloqueo M ₁	Sedación, efectos anticolinérgicos (visión borrosa, retención urinaria...).	Neurolépticos sedativos, atípicos "sucios".
Bloqueo 5HT _{2C}	Sedación, aumento de peso, incremento de riesgo metabólico.	Atípicos "sucios".
SEPN: Síntomas extrapiramidales y neurológicos		

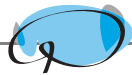


Tabla 5. Principales interacciones de los antipsicóticos

Interacción	Mecanismo	Consecuencias
Café, antiácidos, anticolinérgicos + Neurolépticos.	↓ Absorción.	↓ Concentración.
Fenitoína y carbamacepina, barbitúricos + mayoría de AP.	Inducción CYP 2D6.	↓ Niveles.
Tabaco + muchos AP.	Inducción CYP 1A2.	Riesgo de falta de eficacia de AP.
Fluvoxamina + clozapina.	Inhibición CYP 1A2.	↑ Niveles clozapina.
Fluoxetina y paroxetina + muchos AP (incluida clozapina).	Inhibición CYP 2D6.	↑ Niveles.
Neurolépticos + ISRS/ADT.	Inhibición CYP 2D6	↑ Niveles de AD, riesgo de toxicidad.
Fármacos anticolinérgicos/ ADT + Fenotiazinas/ atípicos sedativos.	Farmacodinámica.	Sumación de efectos (retención urinaria, estreñimiento, etc).
Litio + AP (sobre todo haloperidol).	Aumento del transporte de litio.	Riesgo de neurotoxicidad (si litemia > 1).
Carbamacepina + clozapina.	Desconocido.	↑ Riesgo de aplasia medular.
Alcohol, BZD + fenotiazinas, atípicos sedativos.	Farmacodinámica.	Sumación de efectos (peligro en intoxicaciones medicamentosas).
Antihipertensivos + AP con riesgo de hipotensión.	Farmacodinámica.	Sumación efectos.

AP: antipsicóticos; Neurolépticos: AP clásicos o de 1ª generación; ADT: Antidepresivos tricíclicos

Tabla 6. Antipsicóticos. Dosificación habitual en trastornos psicóticos (mg)

	Episodio agudo	Mantenimiento/ síndrome negativo
Haloperidol	10-20 (100)	6-20
Perfenazina	16-40*	8-24
Risperidona	6-12 (16)	4-9
Olanzapina	20-30*	10-20
Quetiapina	600-1200*	400-900
Clozapina	300-600 (900)	200-400
Amisulpiride	800-1200	100-800
Aripiprazol	30-45*	10-30
Ziprasidona	160-240*	80-160
Sertindol	12-20	12-20
Paliperidona	6-18*	3-12
Decanoato de flufenacina	25-100 /21-30 días	
Decanoato de zuclopentixol	200-600 /14-30 días	
Risperidona larga duración	25-100 /14 días*	

Las dosis son orientativas y se basan en la experiencia clínica, en varios casos son superiores a las usadas en los ensayos de registro o aprobadas en ficha técnica (señaladas con*). Entre () dosis máximas cuando pueden ser mayores.

Es frecuente la utilización de estos fármacos en la clínica habitual, para otras indicaciones sustentada en la práctica empírica y en mayor o menor medida en la evidencia científica. Son las llamadas indicaciones *off-label*. En estos casos es importante sopesar el riesgo-beneficio (por ejemplo de aparición de discinesia tardía, aunque este riesgo es menor con AP de 2ª generación) (tabla 7).

4. EFECTOS ADVERSOS

4.1. NEUROLÓGICOS

- Los efectos adversos extrapiramidales son los más conocidos por su relevancia clínica. El Síndrome neuroléptico maligno, a pesar de ser infrecuente en la actualidad, debe saber identificarse por su gravedad (tabla 8).
- Debe tenerse en cuenta además que muchos antipsicóticos reducen el umbral convulsivo, fundamentalmente los más sedativos y entre los atípicos la clozapina.
- Un metaanálisis de estudios con antipsicóticos atípicos mostró un incremento del riesgo de mortalidad por eventos cerebrovasculares en pacientes con demencia, lo que motivó que se desautorizase su uso para esta indicación en mayores de 75 años, permitiéndose sólo risperidona con visado de inspección.

➔ Estudios posteriores, junto con el análisis de los datos disponibles hasta el momento, han mostrado que este riesgo no es superior al de los antipsicóticos típicos. En todo caso, ante la ausencia de otras alternativas con efectividad demostrada para los síntomas psicóticos y alteraciones comportamentales de las demencias, su uso está justificado, valorando el riesgo beneficio de la intervención frente a la no intervención.

4.2. CARDIOVASCULARES

- Alargamiento del intervalo QTc, por su potencial de inducir arritmias letales (*Torsades de pointes* si > 500 ms). Aunque ciertamente controvertido, ha conducido a la retirada del mercado en nuestro país de la tioridacina y a la retirada y posterior reintroducción con restricciones y control ECG del atípico sertindol. Entre los atí-

picos disponibles, ziprasidona es el que más se ha relacionado con este efecto. Debe tenerse precaución en cardiopatas y en las interacciones con otros fármacos que pueden aumentarlo (fundamentalmente antiarrítmicos y ciertos antibióticos y antihistamínicos).

- Otros: taquicardia. Hipotensión ortostática. Miocardiopatía (clozapina).

4.3. ENDOCRINOLÓGICOS Y METABÓLICOS

- ➔ Hiperprolactinemia. Se manifiesta por galactorrea, amenorrea y disminución de la libido en mujeres e hipogonadismo y disfunción sexual en varones. Se asocia a incumplimiento terapéutico. En mujeres puede incrementar a largo plazo el riesgo de osteoporosis. Para su manejo se recomienda el cambio de antipsicótico, ajuste de dosis o bien el uso de agonistas dopaminérgicos (bromocriptina, amantadina).
- ➔ Aumento de peso y síndrome metabólico. Se trata de un efecto que se ha descrito fundamentalmente con los nuevos antipsicóticos. Reviste especial importancia por la aparición de eventos cardiovasculares y la reducción de la esperanza de vida que acarrea. Sin conocerse exactamente la secuencia de aparición de las alteraciones metabólicas se ha comprobado la mayor prevalencia de obesidad, intolerancia a la glucosa e hipertrigliceridemia en la población a tratamiento antipsicótico. Actualmente existen guías de consenso sobre la monitorización de la salud física de estos pacientes.

4.4. ALTERACIONES HEMATOLÓGICAS

- Leucopenias transitorias.
- Agranulocitosis (clozapina, ver tabla 11).

4.5. DIGESTIVOS

- Sequedad de boca. Estreñimiento. Íleo paralítico. Sialorrea (clozapina).
- Incremento de transaminasas. Colestasis intrahepática. Pancreatitis.

4.6. UROLÓGICOS

- Tenesmo. Retención urinaria (sedativos). Enuresis (clozapina).



Tabla 7. Principales indicaciones de los antipsicóticos

Indicación.	Dosificación (salvo si se especifica: dosis diarias) y recomendaciones de uso.
Esquizofrenia. Trastorno esquizofreniforme. Psicosis agudas. Trastorno delirante.	• Ver tabla 6 y apartado 5.
Trastornos psicóticos por sustancias.	• Olanzapina 10-20 mg, risperidona 6-12 mg.
Psicosis afectivas. • Trastorno esquizoafectivo. • Depresión psicótica. • Trastorno bipolar: manía aguda. • Trastorno bipolar: mantenimiento. • Depresión bipolar.	• Ver tabla 6. • Risperidona 3-6mg, quetiapina 100-300 mg. • Quetiapina 800-1.500 mg, risperidona 9-12 mg, olanzapina 20-30 mg, • Olanzapina 5-20 mg, aripiprazol 10-30 mg. • Quetiapina*, olanzapina (+fluoxetina)*.
Delirium.	• Haloperidol (seguro dosis hasta > 100 mg sin efectos sistémicos o SEPN de importancia). – Parenteral: 5 mg im./30-45 min. o perfusión iv. (monitorizar ECG). – Oral: 1-2 mg/2 h, cuando estable misma dosis cada 6-8 h. • Risperidona 0,5 mg/8 h. • Evitar neurolépticos sedativos (efectos anticolinérgicos: empeoramiento cognitivo, riesgo cardiovascular).
Delirium en la deprivación alcohólica.	• Tiapride 300-600 mg/día.
Trastornos conductuales/ síntomas psicóticos en demencia.	• Haloperidol 2-5 mg, tiapride 100-300 mg, risperidona 0,25-2 mg (requiere visado de inspección). • Otros atípicos (no aprobados en >75 años)*. • Evitar neurolépticos sedativos (empeoramiento cognitivo).
Trastornos de comportamiento perturbador en niños y adolescentes. Autismo.	• Risperidona 0,25-2 mg. • Aripiprazol 2,5-10 mg (aprobado por FDA)*.
Otras: • Tics, Gilles-Tourette • Corea de Hungtinton. • Hipo persistente, prurito, náuseas. • Trastornos psicósomáticos.	• Pimocide, haloperidol, risperidona. • Haloperidol, tiapride. • Clorpomacina, sulpiride. • Sulpiride 50-150 mg.
Psicosis en Enfermedad de Parkinson o Demencia/Parkinson.	• Clozapina 12,5-50 mg, quetiapina 25-200 mg*.
Potenciación en depresión resistente.	• Aripiprazol*, ziprasidona* (dosis bajas).
Distimia.	• Amisulpiride 100-200 mg*.
Insomnio pertinaz.	• Clotiapina 20-60 mg. • Levomepromacina 25-50 mg*, quetiapina 25-100 mg*, olanzapina 2,5-5 mg*.
Trastorno de personalidad límite.	• AP atípicos a dosis bajas*.
TOC refractario/pobre <i>insight</i> .	• AP atípicos dosis bajas (risperidona, olanzapina, quetiapina)*.
Anorexia nerviosa (obsesividad importante).	• AP atípicos dosis bajas*.

* Indicaciones *off-label* basadas en experiencia clínica o estudios controlados, pero sin indicación aprobada.

Tabla 8. Efectos adversos neurológicos

	Manifestaciones clínicas	Aparición	Factores de riesgo	Manejo	Pronóstico
Distonía.	Tortícolis, crisis oculogiras, trismus, distonía de tronco o extremidades, distonía laríngea.	Inicio del tratamiento.	AP incisivos. Vía im. Varones jóvenes. Consumo de tóxicos.	Retirada/cambio del fármaco Anticolinérgicos.	Favorable.
Acatisia.	Disforia, inquietud, necesidad imperiosa de moverse.	Precoz.	AP clásicos.	Benzodiazepinas β -bloqueantes (propranolol). Anticolinérgicos (dudosa eficacia).	Favorable.
Parkinsonismo.	Temblor, rigidez, bradicinesia.	Primeros 3 meses.	AP incisivos. Mujeres ancianas. Daño neurológico previo.	Cambio a atípico. Ajuste de dosis. Anticolinérgicos.	Mejoría gradual.
Discinesia tardía.	Movimientos coreicos orofaciales y de extremidades.	> 6 meses.	AP clásicos. Mujeres ancianas. Trastornos afectivos. Reducción de dosis.	Cambio a clozapina.	Remisión sólo en el 40% de los casos.
	Distonía del tronco (Síndrome de Pisa).		Varones adultos.		
Síndrome del conejo.	Temblor rítmico de los labios adelante y atrás.	> 6 meses.		Cambio de AP o ajuste de dosis. Anticolinérgicos.	Remisión gradual.
Síndrome neuroléptico maligno.	Rigidez, hipertermia, inestabilidad neurovegetativa. CK y otros enzimas musculares. Leucocitosis. Rabdomiolisis y fallo renal.	Inicio del tratamiento.	AP clásicos. Escalada rápida de dosis. Vía im.	Suspender AP, Medidas de sostén vital. Dantrolene. Bromocriptina. Terapia electroconvulsiva.	Importante mortalidad (hasta 20%).



5. UTILIZACIÓN

5.1. ESQUIZOFRENIA

- Actualmente se consideran de primera elección los AP atípicos.
- En episodio agudo una vez alcanzadas dosis eficaces (escalada de dosis en 5-7 días, salvo con clozapina), se debe revalorar al paciente:
 - A las 2-4 semanas: si no hay cambios se podría incrementar dosis o cambiar de antipsicótico (a atípico o clásico).
 - A las 4-6 semanas: según estado clínico: cambio de antipsicótico. Hay que tener en cuenta que la remisión se puede producir hasta a los 6 meses de introducir un tratamiento antipsicótico.
 - Si sospecha de incumplimiento terapéutico: formulaciones de liberación prolongada (tabla 6).
- Mantenimiento:
 - Tras la resolución del episodio agudo mantener tratamiento antipsicótico durante 1-2 años.
 - Mantener dosis eficaz en episodio agudo durante 6 meses-1 año. Si remisión: reducción muy gradual (nunca >10% de la dosis cada mes).
 - Si dos episodios mantener al menos 5 años.

- Si dos episodios en el intervalo de 5 años o más de dos episodios mantener indefinidamente.
- Elección de antipsicótico: debe tenerse en cuenta la respuesta a tratamientos previos, el perfil de efectos adversos y la tolerabilidad, individualizando la elección (tabla 9).

5.2. TRASTORNO BIPOLAR

- Los antipsicóticos atípicos se emplean ampliamente en varias situaciones:
 - Están indicados en combinación con litio o anticonvulsivantes en la manía aguda.
 - Para el mantenimiento está aprobado el uso de olanzapina y aripiprazol si han sido eficaces en la fase aguda. Otros se encuentran en fase de aprobación.
 - Existen ensayos que han demostrado la eficacia de la quetiapina en la fase depresiva y la superioridad de la asociación de olanzapina con fluoxetina frente a fluoxetina sola.

5.3. AGITACIÓN PSICÓTICA

- Constituye una situación frecuente en la urgencia.
- Es importante asegurar hidratación, obtener analítica (potasio) y ECG.
- Los tratamientos disponibles más utilizados se resumen en la tabla 10.

Tabla 9. Perfil de efectos secundarios de los antipsicóticos más utilizados

	SEP	↑ PRL	SM	↑ QT	Hipotensión	Sedación	Efectos anticolinérgicos
Haloperidol	++++	+	0	+ (im.)	+	++	0
Perfenazina	+++	+	0/+	0	++	+++	+
Risperidona	++	++	++	+	++	++	0
Olanzapina	+	0/+	+++	0	+	+++	+
Quetiapina	0/+	0	++	0	++	+++	+
Clozapina	0/+	0	++++	+	+++	++++	++
Amisulpiride	++	++	0	+	0	+	0
Aripiprazol	0/+	0	0	0	0	0/+	0
Ziprasidona	0/+	0/+	0	++	0	0/+	0

SEP: Síntomas extrapiramidales; PRL: Prolactina; SM: Síndrome Metabólico.

Tabla 10. Tratamiento de la agitación

Olanzapina comprimidos bucodispersables 5-10 mg.	En agitaciones leves-moderadas si acepta vía oral.
Haloperidol 5 mg im.	Se puede repetir cada 30-45 minutos. Margen de seguridad amplio. Asociación posible con BZD y/o levomepromacina 25 mg im.
Tiapride 100 mg im.	Sobre todo en pacientes alcohólicos y ancianos.
Zuclopentixol 50-150 mg im. (acufase).	Se puede repetir a las 48-72 h. Iniciar zuclopentixol oral a las 48-72 h de última dosis. Posible usar con BZD.
Olanzapina 10 mg im.	Se puede repetir a las 2 h. Nunca más de 20 mg/día. No administrar con BZD (riesgo de depresión respiratoria).
Ziprasidona 20 mg im.	Se puede repetir a las 2 horas. Nunca más de 40 mg/día ni durante más de 3 días. Posible asociar con BZD.
Aripiprazol 9,75 mg im.	Repetir a las 2 horas. Máximo 3 dosis/día.

- La administración profiláctica de anticolinérgicos no está indicada de modo indiscriminado, sólo en el caso de antecedentes de efectos extrapiramidales agudos y quizá en pacientes jóvenes, sobre todo varones con cuadros de intoxicación.

6. UTILIZACIÓN EN POBLACIONES ESPECIALES

6.1. ESQUIZOFRENIA RESISTENTE

- ➡ Definición: tras dos intentos adecuados en dosis y tiempo de administración de un tratamiento antipsicótico (al menos un atípico), persiste clínica moderada o intensa, junto con un funcionamiento pobre durante un periodo prolongado de tiempo (aprox. 30% de pacientes).
- Es la principal indicación de Clozapina.
 - ➡ Debe iniciarse paulatinamente (Inicio 25-75 mg/día en tres tomas, incrementos de 25/50 mg cada día hasta 300-450 mg/día, según respuesta ↑50 mg cada semana hasta dosis máxima 900mg).

- ➡ Necesita visado de inspección y control semanal de hemograma las primeras 18 semanas, luego mensual mientras siga en tratamiento (tabla 11).
- Otras indicaciones: hostilidad importante y persistente, riesgo elevado de conducta suicida.

- Escasa evidencia soporta el tan extendido uso de politerapia antipsicótica.

- Únicamente existen estudios sobre la combinación de clozapina con fármacos con elevada afinidad D2 (risperidona, sulpiride, amisulpiride).
- Basándose en el mismo mecanismo farmacodinámico otra asociación interesante puede ser la de olanzapina y risperidona.

6.2. INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

- La falta de conciencia de enfermedad y el incumplimiento terapéutico se han identificado como factores predictores de mal pronóstico, reingresos frecuentes y deterioro a todos los niveles en los pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar.



Tabla 11. Control hematológico de clozapina


Recuento leucocitario/mm ³	Recuento absoluto de neutrófilos/mm ³	Actuación
≥ 3.500	≥ 2.000	– Control inicial (<10 días antes de introducir clozapina): posible iniciar. – Controles rutinarios: continuar el tratamiento.
3.000-3.500	1.500-2.000	Continuar tratamiento, toma de análisis bisemanal hasta que el recuento se estabilice o aumente.
<3.000	<1.500	Interrumpir inmediatamente, análisis diario hasta que se resuelva la leucopenia, controlar una posible infección. No re-exponer al paciente.

Tabla 12. Modificaciones fisiológicas en ancianos

<p>Farmacocinéticas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento del volumen de distribución (tejido graso). • Disminución de proteínas. • Enlentecimiento del metabolismo hepático. • Disminución aclaramiento renal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de acumulación del fármaco. • Aumento de semivida de eliminación. • Riesgo de toxicidad.
<p>Farmacodinámicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución receptores de dopamina. • Degeneración del sistema colinérgico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo mayor de SEP y discinesia tardía. • Riesgo de efectos Anticolinérgicos.


- En estos casos la combinación de formulaciones depot o de liberación prolongada (tablas 1 y 6) y terapia psicosocial está especialmente indicada.
- Actualmente se están llevando a cabo estudios que sugieren una mejoría del pronóstico global con el uso de estas formulaciones desde el debut de la clínica psicótica (podría estar especialmente indicado en patología dual, cuando existe consumo de tóxicos comórbido) y en el mantenimiento de pacientes con trastorno bipolar cuando existe incumplimiento terapéutico.

6.3. ANCIANOS

-  Se producen cambios asociados al envejecimiento en la farmacocinética y farmacodinamia

(tabla 12) que aconsejan el uso de dosis menores en ancianos y precaución en la elección del antipsicótico: evitar fenotiazinas, precaución con AP atípicos sedativos.

6.4. NIÑOS Y ADOLESCENTES

- Su uso en esta población ha aumentado en los últimos años.
- Insuficientes estudios.
- Se considera que presentan más riesgo de efectos adversos (mecanismos farmacocinéticos y farmacodinámicos).
-  Se deben usar dosis menores y vigilar especialmente la aparición de SEP y alteraciones metabólicas.

- Los fármacos con efectos anticolinérgicos se han relacionado con defectos en el aprendizaje.
- Se recomiendan los AP con mayor afinidad D2 (pimocida, haloperidol, risperidona, aripiprazol).

6.5. EMBARAZO Y LACTANCIA

- No existen datos definitivos sobre la teratogenicidad de los antipsicóticos. La mayoría se clasifican en la categoría C de la FDA: no existen datos suficientes para descartar toxicidad. La clozapina se califica como B (existen estudios en animales de experimentación que no han mostrado riesgo). Habría que valorar el riesgo-beneficio de continuar el tratamiento, habida cuenta de que probablemente ya haya transcurrido parte del primer trimestre bajo tratamiento en el momento de conocerse el embarazo.
- La mayoría de los antipsicóticos se excretan por leche materna por lo que, en general, no se recomienda la lactancia.

RECOMENDACIONES CLAVE

Debe tenerse en cuenta que para muchas de sus indicaciones, sobre todo en las patologías crónicas y severas los tratamientos antipsicóticos deben usarse por un tiempo prolongado, e incluso toda la vida.

La elección del AP dependerá del efecto clínico que se busca, del momento evolutivo del trastorno y del perfil de efectos secundarios.

Habida cuenta que el incumplimiento terapéutico es una de las primeras causas de ineficacia de estos tratamientos, deben usarse aquellos que sean bien tolerados por el paciente, fáciles de administrar y garantizar el cumplimiento.

Se recomienda prudencia en el uso de AP en indicaciones no aprobadas, aunque puedan ser útiles en casos resistentes a otros abordajes.



7. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Álamo González C, Cuenca Fernández E, López Muñoz F, García García P. Neurolépticos y fármacos antipsicóticos. Aspectos farmacológicos de la evolución del tratamiento de la esquizofrenia. En: Las esquizofrenias: Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos. Chinchilla Moreno A (ed.). Barcelona: Ed. Masson. 2007:347-401.

Azanza JR (ed.). Guía práctica de farmacología del sistema nervioso central 2008. Madrid. 2008.

Contreras F, Menchón JM, Cardoner N, Crespo JM. Psicofarmacología. En: Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría, 6ª ed. Vallejo Ruiloba J (ed.). Barcelona: Ed. Masson. 2006:725-766.

Salazar M, Peralta C, Pastor J. Tratado de Psicofarmacología: Bases y aplicación clínica. Madrid: Ed. Médica Panamericana. 2004.

Stahl SM. Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications, 3ª ed. New York: Ed. Cambridge University Press. 2008.

8. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

American Psychiatric Association. Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders. Compendium 2004. Washington: Ed. American Psychiatric Association. 2004.

Chinchilla Moreno A. Terapéutica aplicada. En: Las esquizofrenias: Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos. Chinchilla Moreno A (ed.). Barcelona: Masson. 2007: 403-532.

Sáiz J, Bobes J, Vallejo J, Giner J, García-Portilla MP, et al. Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. Actas Esp Psiquiatr. 2008;36(5):251-64.

Schatzberg AF, Nemeroff CB (eds.). Tratado de Psicofarmacología. Barcelona: Ed. Masson. 2006.

Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, et al. Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. N Engl J Med. 2005;353(12):1209-1223.



66. ANTIDEPRESIVOS



Autoras: María del Carmen Serrano Cartón y Mónica González Santos
Tutor: Juan Carlos Díaz del Valle
Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña

CONCEPTOS ESENCIALES

La complejidad en la prescripción de los diferentes grupos de antidepresivos viene derivada de los diversos mecanismos de acción, las interacciones farmacológicas, la seguridad y la tolerabilidad, la dosificación, la farmacogenética individual, su empleo en poblaciones especiales (edad, género, embarazo, comorbilidad...), así como el subtipo específico de depresión, por lo que hay que tener en cuenta todos estos factores ante la heterogeneidad de los diferentes trastornos depresivos, siendo uno de los principales parámetros farmacológicos además de la eficacia, los efectos secundarios y la seguridad que no sólo varía de un antidepresivo a otro, sino que el mismo agente psicofarmacológico puede provocar diferentes efectos adversos en distintos pacientes, teniendo en cuenta que la aparición de los primeros antidepresivos en la década de 1950 no sólo provoca una auténtica revolución terapéutica y asistencial sino que el descubrimiento de fármacos con propiedades a nivel de la neurotransmisión aminérgica posibilitó el diseño de unos nuevos criterios diagnósticos, beneficiándose las líneas de investigación clínica que ha desarrollado en apenas 50 años nuevos fármacos con mejores perfiles de tolerabilidad y seguridad sin menoscabo de la eficacia.

Por todo ello, desarrollamos en el presente texto las propiedades farmacológicas, indicaciones y forma de utilización de cada una de las moléculas que posibilite un adecuado uso racional de estos fármacos.

➔ 1. FARMACOCINÉTICA

- Antidepresivos tricíclicos (ATC): absorción rápida y completa, si bien un gran porcentaje sufre efecto hepático de primer paso. Unión a proteínas en un 75%. Metabolismo hepático por el sistema microsomal. Semivida 10-70 horas.
- Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs): buena absorción oral aunque disminuye con los alimentos y los antiácidos. Todos tienen un metabolismo hepático mediante diferentes vías, con excreción renal o hepática según el compuesto. Atraviesan BHE y aparecen en leche materna. Unión en un 50% a proteínas. Pico máximo en 1-2 horas.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): buena absorción oral (90%). Pico máximo a las 4-8 horas. Se metabolizan en hígado y la comida no interfiere en su absorción, incluso se recomienda para disminuir efectos secundarios. Estos fármacos presentan una vida media de unas 20-24 horas, con excepción de la fluoxetina 4-6 días y los metabolitos activos de la sertralina, citalopram y fluoxetina que pueden permanecer más de cinco días.



- Trazodona: buena absorción oral, se metaboliza por vía hepática, sus metabolitos activos se eliminan por orina. Unión a proteínas plasmáticas alta (90%) y vida media entre 5-9 h.
- Derivados tetracíclicos (mianserina, mirtazapina): buena absorción oral, se une a proteínas plasmáticas en un 85-90%. Metabolismo hepático (CYP 2D6), los metabolitos activos se eliminan por orina. Vida media 20-24 horas.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) (venlafaxina, duloxetina): buena absorción por vía oral, se metaboliza en el hígado y se excreta por orina, el 90% en forma de metabolitos activos e inactivos. Baja fijación a proteínas (35%). Vida media de venlafaxina de 5 h, metabolitos de 11 h y duloxetina 12 h.
- Bupropión: niveles plasmáticos a las 3-6 horas, 85% unión a proteínas. Metabolismo a través del hígado con tres metabolitos activos, cuya eliminación es en el 90% renal.
- Reboxetina: buena biodisponibilidad vía oral (60%) que no se ve alterada por la alimentación 97% unión a proteínas plasmáticas (alfa1-glucoproteína ácida). Se metaboliza mediante monooxigenasas en hígado y su eliminación es renal (78%). Farmacocinética lineal, semivida de 13 horas. No inhibe CYP 450.
- Agomelatina: buena absorción oral, alcanza buenas concentraciones en 1-2 horas, unión a proteínas plasmáticas en un 95%, metabolismo por vía hepática teniendo en cuenta que la fracción libre del fármaco se duplica en la insuficiencia hepática. Se excreta por orina en un 80%.

2. FARMACODINAMIA (tabla 1 y 2)

3. INDICACIONES TERAPÉUTICAS Y DOSIS RECOMENDADAS (tabla 3)

4. EFECTOS ADVERSOS

Los efectos adversos están mediados por los neurotransmisores que están implicados en el mecanismo de acción de cada fármaco:

4.1. SEROTONINA

4.1.1. Mediado por su acción a nivel 5H-T2A

- Agonismo 5H-T2A (ISRS):
 - Ansiedad, agitación, insomnio, pérdida de peso, disfunción sexual y pérdida de la libido.
 - Acatisia y extrapiramidalismo ocasional debido a la inhibición de liberación de DOPA que provoca aumento de 5-HT en ganglios basales.
- Antagonismo 5H-T2A: hipotensión y aumento de apetito y peso como mianserina y mirtazapina. Pueden usarse para contrarrestar la ansiedad y disfunción sexual asociada a ISRS e IRSN.

4.1.2. Mediado por su acción 5HT3 (ISRS): ansiedad, crisis de pánico, náuseas vómitos y diarrea

En general aparecen los primeros días de tratamiento y disminuyen a las pocas semanas. Disminuimos su aparición mediante la titulación gradual del fármaco. Los ISRS y NaSSAS carecen de efectos secundarios anticolinérgicos, cardiotóxicos, epileptógenos o sedantes y son bastante seguros en sobredosis.

4.2. NORADRENALINA

- Acción agonista: temblor, ansiedad, agitación, insomnio (por lo que evitaremos dosis nocturna si posible), náuseas, estreñimiento, mareos, cefalea, diaforesis, taquicardia y síndrome pseudoanticolinérgico: sequedad de boca, estreñimiento y retención urinaria.
- Antagonismo: sedación, mareos, hipotensión ortostática con taquicardia refleja y priapismo (trazodona) (grave, 50% necesita cirugía y 50% impotencia).

En general la vía NA no está asociada a disfunción sexual.

4.3. DOPAMINA

En general efecto beneficioso antiparkinsoniano, aunque pueden aparecer movimientos involuntarios, agitación psicomotriz, aparición de un cuadro confusional y agravamiento de psicosis preexistente.

Tabla 1. Farmacodinamia de los antidepresivos. Mecanismo de acción

	MECANISMO DE ACCIÓN
ATC	Inhiben recaptación 5-HT y NA en proporciones diferentes según el compuesto. Bloquean receptores muscarínicos, histamínicos, alfa1-adrenérgicos y canales de sodio de corazón y cerebro → responsables de efectos secundarios.
IMAO	Inhiben, de forma irreversible y no selectiva o reversible y selectiva, la monoamino oxidasa (MAO), responsable de la metabolización de NA, DA y 5-HT, aumentando su concentración.
ISRS	Inhiben de forma selectiva y potente la recaptación de 5-HT presináptica. Escasa o nula acción sobre receptores muscarínicos, histaminérgicos y adrenérgicos → baja incidencia de efectos secundarios.
Trazodona	Inhibe recaptación de 5-HT, por antagonismo recíproco entre receptores postsinápticos 5-HT1A y 5-HT2A. Antagonismo alfa1 intenso y antagonismo H1 y colinérgicos ligeros.
NaSSA (mirtazapina y mianserina)	Antagonizan receptores alfa2 presinápticos: ↑ niveles NA y 5-HT. Bloquean receptores 5-HT2 y 5-HT3 y antagonizan H1 y colinérgicos → ausencia de efectos secundarios digestivos y de función sexual y presencia de efectos sedantes y aumento de peso.
IRNS (venlafaxina y duloxetina)	Inhiben recaptación de 5-HT y NA, con débil acción sobre recaptación de DA. Escasa o nula acción sobre receptores muscarínicos, histaminérgicos y alfa adrenérgicos. Venlafaxina tiene acción secuencial y dosis dependiente: - Dosis bajas (<150 mg/día) → acción serotoninérgica. - Dosis medias (150-300 mg/día) → añade efectos noradrenérgicos. - Dosis elevadas (>300 mg/día) → añade acción dopaminérgica. Duloxetina posee acción dual desde una dosis de 60 mg/día. En ambos aparece sinergia de potenciación entre las diferentes vías de neurotransmisión, obteniendo efectos antidepresivos mayores que inhibiendo la recaptación de cada neurotransmisor por separado.
Bupropión	Inhiben recaptación de NA y DA.
Reboxetina	Inhiben recaptación de NA, con efecto débil sobre recaptación de 5-HT.
Agomelatina	Agonista melatoninérgico (receptores MT1 y MT2) y antagonista de 5-HT2C. ↑ liberación de DA y NA en corteza frontal. No posee afinidad por receptores adrenérgicos, histaminérgicos y colinérgicos.



Tabla 2. Farmacodinamia de los antidepresivos. Interacciones medicamentosas

	INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS
ATC	<p>Depresores del SNC: ↑ sedación, ataxia. ↑ niveles de warfarina. ↑ niveles de ATC y antipsicóticos en administración conjunta. Cimetidina, estimulantes, anticonceptivos orales, ISRS: ↑ niveles ATC. Clonidina: crisis hipertensivas (evitar). Simpaticomiméticos: arritmias, hipertensión, taquicardia. L-Dopa: ATC ↓ la absorción.</p>
IMAO	<p>Alimentos con niveles altos de tiramina (contraindicado): crisis hipertensivas. ISRS, clomipramina, meperidina, IRNS, trazodona, mirtazapina, mianserina, reboxetina (contraindicados): sd. serotoninérgico. Bupropion (contraindicado): crisis hipertensivas, convulsiones. Carbamacepina (contraindicado): crisis hipertensivas. Hipoglucemiantes orales: ↑ efectos hipoglucémicos. Beta-bloqueantes: ↑ hipotensión, bradicardia. Simpaticomiméticos: crisis hipertensivas. Esperar siempre 14 días tras suspensión para iniciar nuevo fármaco. Potencian acción de depresores del SNC.</p>
↑ ISRS	<p>↑ niveles ATC (paroxetina, fluoxetina y sertralina). ↑ niveles de carbamacepina, fenobarbital, fenitoína. ↑ niveles de haloperidol, clozapina (fluvoxamina). ↑ niveles de teofilina (fluvoxamina). ↑ niveles de encainida, flecainida (prohibido). Precaución combinación con litio: riesgo de convulsiones.</p>
TRAZODONA	<p>Fluoxetina ↑ niveles trazodona. ↑ niveles digoxina y fenitoína. Riesgo de hipotensión con antihipertensivos. Potencia efectos de depresores del SNC.</p>
MIRTAZAPINA MIANSERINA	<p>Potencian sedación por alcohol y benzodiacepinas.</p>
IRNS	<p>Venlafaxina ↑ niveles haloperidol. Potencia efectos sedantes de depresores del SNC. Cimetidina ↑ niveles venlafaxina sin metabolizar (sólo riesgo en hipertensos o enfermedad hepática preexistente). Duloxetina contraindicado con fluvoxamina, ciprofloxacino y enoxacino. En fumadores duloxetina ↓ concentraciones plasmáticas casi un 50%.</p>
BUPROPION	<p>Precaución con clozapina, teofilina, clomipramina. Riesgo de toxicidad y crisis hipertensivas con fenelcina.</p>
REBOXETINA	<p>Pocas interacciones: no inhibe enzimas metabólicas hepáticas.</p>
AGOMELATINA	<p>Inhibidores potentes del CYP1A2 (fluvoxamina, ciprofloxacino) ↑ niveles agomelatina (contraindicado). Precaución con propranolol, grepofloxacino, enoxacino. Biodisponibilidad ↑ por anticonceptivos orales y ↓ por tabaco.</p>

↗ Perfil activación-sedación.

Fluoxetina-sertralina-escitalopram-fluvoxamina-paroxetina.

Tabla 3. Posología de los fármacos antidepresivos

FÁRMACO	DOSIS INICIO (mg/d)	DOSIS HABITUAL (mg/d)	DOSIS MÁXIMA (mg/d)	INDICACIONES
Amitriptilina	25-75	100-300	225-300 25-150 en ancianos	TDM. Enuresis nocturna. Bulimia. Neuralgia postherpética. Dolor crónico neuropático.
Clomipramina	25	100-250	250	TDM. TOC. Fobias. TA. Enuresis nocturna. Sd. de narcolepsia.
Maprotilina	50 25 en ancianos.	75-150 50-75 en ancianos.	225	TDM con retraso psicomotriz o ansiedad asociada.
Tranilcipromina	20	40	60	TDM resistente. Depresión atípica. Fobias. TA.
Citalopram	20	20-60	60-40 en ancianos.	TDM. Depresión en niños >6 años (fluoxetina).
Escitalopram	10	10-20	20	Distimia. TA. TOC (niños >6 años sertralina). Fobia social.
Sertralina	50	50-200	200	TEPT (sertralina y paroxetina).
Fluvoxamina	50	100-200	300	Bulimia (fluoxetina).
Fluoxetina	20	20-80	80	TAG (paroxetina y escitalopram).
Paroxetina	20	20-50	50 40 en ancianos.	TDPM (fluoxetina, paroxetina y sertralina).
Trazodona	50-100	150-300	600	TDM. T. mixto ansioso-depresivo. Depresión atípica o enmascarada. T. de afectividad y alteración de conducta. T. de agresividad. Alcoholismo crónico.
Mirtazapina	15-30	15-45	60	Depresión asociada a ansiedad, insomnio, anorexia o disfunción sexual.
Mianserina	30-40	60-90	120 30 en ancianos.	TDM.
Venlafaxina	75	75-375	375-450	TDM. TAG. Fobia social.
Duloxetina	60	60-120	120	TDM. TAG. Dolor neuropático periférico diabético en adultos. Incontinencia urinaria de esfuerzo.
Bupropión	150	150-300	450	TDM. Deshabitación tabáquica y de cocaína. TDAH.
Reboxetina	8	4-12	12	TDM.
Agomelatina	25	25-50	50	TDM en adultos.

Abreviaturas: TDM, trastorno depresivo mayor; TA, trastorno de angustia. TOC, trastorno obsesivo-compulsivo; TEPT, trastorno por estrés postraumático; TAG, trastorno de ansiedad generalizada; TDPM, trastorno disfórico premenstrual; TDAH, trastorno por déficit de atención e hiperactividad.



4.4. ACCIÓN ANTIMUSCARÍNICA (TÍPICAMENTE ATC)

- Central: disminuir el nivel convulsivante y pueden provocar cuadros confusionales, por lo que precaución en ancianos y pacientes con daño cerebral.
- Periférico: sequedad de piel y mucosas (boca), estreñimiento (riesgo de fecalomas), retención urinaria, midriasis y precipitación o agravamiento de glaucoma de ángulo estrecho.

4.5. ACCIÓN ANTIHISTAMÍNICA

Sedación, somnolencia (útil como hipnótico y ansiolítico) y aumento de apetito y peso.

↑ 4.6. OTROS EFECTOS ADVERSOS

4.6.1. Síndrome serotoninérgico

Diagnóstico: se caracteriza por la aparición de un cuadro con al menos tres de los siguientes síntomas: alteración del nivel de conciencia y síntomas neurológicos (letargia, confusión, agitación, alucinaciones, crisis epilépticas); síntomas neurovegetativos (diaforesis, diarrea, salivación, dolor abdominal, taquicardia, fiebre, taquipnea, hipertensión o hipotensión arterial); y síntomas neuromusculares (rigidez muscular, hiperreflexia, mioclonías, temblor, trismo) cuando se administra conjuntamente un ISRS con otros compuestos que potencien la transmisión serotoninérgica.

Es necesario excluir otras causas como infecciones, alteraciones metabólicas o consumo de sustancias de abuso y descartar el inicio de tratamiento neuroléptico reciente o un aumento de dosis.

Entre los fármacos con actividad serotoninérgica, además de los ISRS, se encuentran los ISRN, IMAOs, bupropión, trazodona, eutimizantes (litio, carbamazepina) los antidepresivos tricíclicos, el triptófano, sumatriptán (agonista 5H-TD1), ansiolíticos (buspirona) y drogas de abuso (cocaína, anfetaminas, LSD).

Tratamiento: se trata de un síndrome potencialmente letal y su tratamiento consiste en la suspensión de los fármacos implicados, ingreso en unidad de intermedios y la prevención de complicaciones mediante el tratamiento de la rigidez muscular (Dantrolene iv. 10 mg/kg en 48 horas), sedación mediante ansio-

líticos, tratamiento de la hipertermia con medidas físicas y antitérmicos (responde mal) y en último término, podría considerarse el uso de antagonistas serotoninérgicos (propranolol, ciproheptadina y clorpromazina).

4.6.2. Síndrome de discontinuación

Cuadro clínico caracterizado por la presencia de síntomas pseudogripales, mareos, fatiga, cefalea, náuseas, diarrea, sudoración, temblor, insomnio, alteraciones visuales y alteración del nivel de conciencia tras retirada brusca del tratamiento con ISRS o ISRN. Se resuelve espontáneamente en dos semanas y se previene con la retirada gradual del fármaco. Su intensidad es mayor cuanto más elevada fuera la dosis. Aparece un cuadro similar de abstinencia con ATC por rebote colinérgico.

4.6.3. Crisis hipertensivas con IMAO

Se trata de un cuadro caracterizado por crisis hipertensivas graves acompañados de cefalea occipital, náuseas, vómitos, sudoración, midriasis, fiebre y taquicardia que pueden llevar a hemorragias cerebrales e infarto agudo de miocardio. Puede producirse cuando un paciente que toma un antidepresivo IMAO come alimentos que contienen tiramina (reacción tiramínica): aguacates, caviar, cerveza, embutidos, gambas, hígado, higo, levaduras, pescados secos, plátanos, quesos fermentados, soja, sopas precocinadas, vinos, carne o pescado ahumado.

Tratamiento: ingreso hospitalario, monitorización cardíaca. Fentolamina 5 mg iv. o nifedipino 20 mg sublingual.

➤ 4.7. EFECTOS ADVERSOS MÁS FRECUENTES (tabla 4)

5. UTILIZACIÓN


La eficacia de los antidepresivos es equiparable entre fármacos de distinta clase y dentro de una misma clase, por tanto, la selección inicial debe basarse en:

- Previsión de efectos secundarios.
- Seguridad y tolerabilidad de éstos para cada paciente.


Tabla 4. Efectos adversos más frecuentes

	SNC	DIGESTIVO	SEXUAL	TENSIÓN ARTERIAL	ALTERACIONES ANALÍTICAS	OTROS
ATC	Sedación, inquietud, irritabilidad, ataxia, temblor fino.	↑ Apetito y peso, náuseas, vómitos, diarrea.	Disfunción sexual.	↓ Tensión.	↑ ó ↓ Leucocitos, agranulocitosis.	Riesgo arritmias, alteraciones EKG (↑PR., QRS, QT aplanamiento T), síndrome anticolinérgico.
Fluoxetina	Insomnio, somnolencia, cefaleas, ansiedad, acatisia.	Náuseas, vómitos, anorexia.	Disfunción sexual.		Hiponatremia. ↑ PRL.	SIADH.
Paroxetina	Cefalea, mareo, sedación, agitación, distonía, más riesgo acatisia.	Náuseas, diarrea, estreñimiento.	Disfunción sexual.		↑ PRL.	
Fluvoxamina	Insomnio, somnolencia, cefaleas, ansiedad, acatisia.	Náuseas, vómitos, anorexia.	< Riesgo de disfunción que fluoxetina.		Hiponatremia. ↑ PRL.	SIADH.
Citalopram Escitalopram (menos intensos)	Somnolencia, acatisia.	Náuseas, sequedad de boca.	Disfunción sexual.		Hiponatremia. ↑ PRL.	SIADH.
Sertralina	Insomnio, agitación.	Diarrea, náuseas.	Disfunción sexual.		Único ISRS que NO aumenta PRL.	
Trazodona	Mareo, cefalea, sedación.	Náuseas xerostomía.	Inhibición eyaculación, priapismo.	↓ tensión postural.		
Mirtazapina	Somnolencia, sedación, cefalea, pesadillas, sueños intensos.	↑ Peso y apetito.	Disminución líbido.	↓ tensión arterial.	Agranulocitosis.	Sudoración. Edemas.
Venlafaxina	Agitación, insomnio.	Náuseas, ↓ peso, estreñimiento.	Disfunción sexual.	HTA (dosis altas).		Taquicardia (dosis altas).
Duloxetina	Insomnio, somnolencia, mareos, temblores, nerviosismo.	Náuseas, xerostomía, estreñimiento, anorexia.	Disfunción sexual.		↑ Transaminasas.	Sudoración (nocturna).
Bupropión	Cefalea, insomnio, agitación, en ↑ dosis convulsiones.	Náuseas, xerostomía anorexia.	Baja incidencia disfunción sexual.			
Reboxetina	Vértigo, insomnio, cefaleas, parestesias.	Estreñimiento anorexia, xerostomía.	Disfunción sexual.	↓ Tensión postural.	↓ Potasio.	Taquicardia, retención urinaria.
Agomelatina	Cefalea, mareo, somnolencia, insomnio, ansiedad, migraña.	Náuseas, epigastralgia, diarrea, estreñimiento.	NO altera la función sexual.		↑ Transaminasas.	Hiperhidrosis.



- Preferencia del paciente.
- Cantidad y naturaleza de los datos de ensayos clínicos relativos al fármaco.
- Costes.
-  Si existen antecedentes de buena respuesta a un antidepresivo determinado, en el paciente o en familiares de primer grado, debe elegirse ese mismo antidepresivo, siempre y cuando no hayan aparecido situaciones nuevas que lo contraindiquen (enfermedades, tratamientos, etc.).

Se debe iniciar el tratamiento con las dosis sugeridas en la tabla 3 y aumentar progresivamente hasta llegar a la dosis terapéutica, teniendo en cuenta efectos secundarios, edad del paciente y enfermedades comórbidas. La retirada del fármaco debe realizarse asimismo de forma gradual.

 Se considera ausencia de respuesta la falta de mejoría al menos moderada después de 4 a 8 semanas. Debemos entonces seguir una serie de pasos:

- Revisar el diagnóstico y el conjunto del tratamiento.
- Comprobar el cumplimiento terapéutico por parte del paciente.
- Asegurarse de que la dosis es suficiente y en caso de no serlo, alcanzar la dosis máxima recomendada (intensificación del tratamiento).
- Considerar factores farmacocinéticos y farmacodinámicos y, si es posible, determinar niveles plasmáticos.
- Añadir, aumentar o cambiar la frecuencia de la psicoterapia.
- Añadir otro antidepresivo de perfil bioquímico o farmacodinámico distinto (potenciación del tratamiento).

- Sustitución por otro antidepresivo de distinto perfil bioquímico.
- Añadir otra sustancia como por ejemplo Litio, hormonas tiroideas, metilfenidato o pindolol (potenciación del tratamiento).
- Valorar indicación de TEC.

El tratamiento con antidepresivos deberá mantenerse al menos durante 12 meses. El tratamiento profiláctico suele indicarse en función de la gravedad de episodios previos, la presencia de sintomatología residual, episodios con ideación suicida significativa o deterioro de la funcionalidad psicosocial, y cuando los episodios están separados por intervalos menores de 2,5 años.

En la figura 1 describimos de forma gráfica el modelo descrito por Kupfer y Frank, que desarrolla los conceptos de respuesta, recaída, recurrencia, remisión y recuperación, así como las distintas fases de tratamiento durante la evolución de la depresión (aguda, continuación y mantenimiento).

6. UTILIZACIÓN EN POBLACIONES ESPECIALES

En la población de mujeres embarazadas se añade el riesgo de su uso en el embarazo según la FDA, siendo riesgo A: no hay riesgo para el feto de acuerdo con los estudios animales; riesgo B: no hay riesgo para los humanos a pesar de los estudios con animales; riesgo C: no se puede descartar el riesgo; riesgo D: hay evidencia de riesgo (empleo aceptable en ciertas situaciones); y riesgo X: el riesgo supera a los beneficios (contraindicados)(tabla 5).

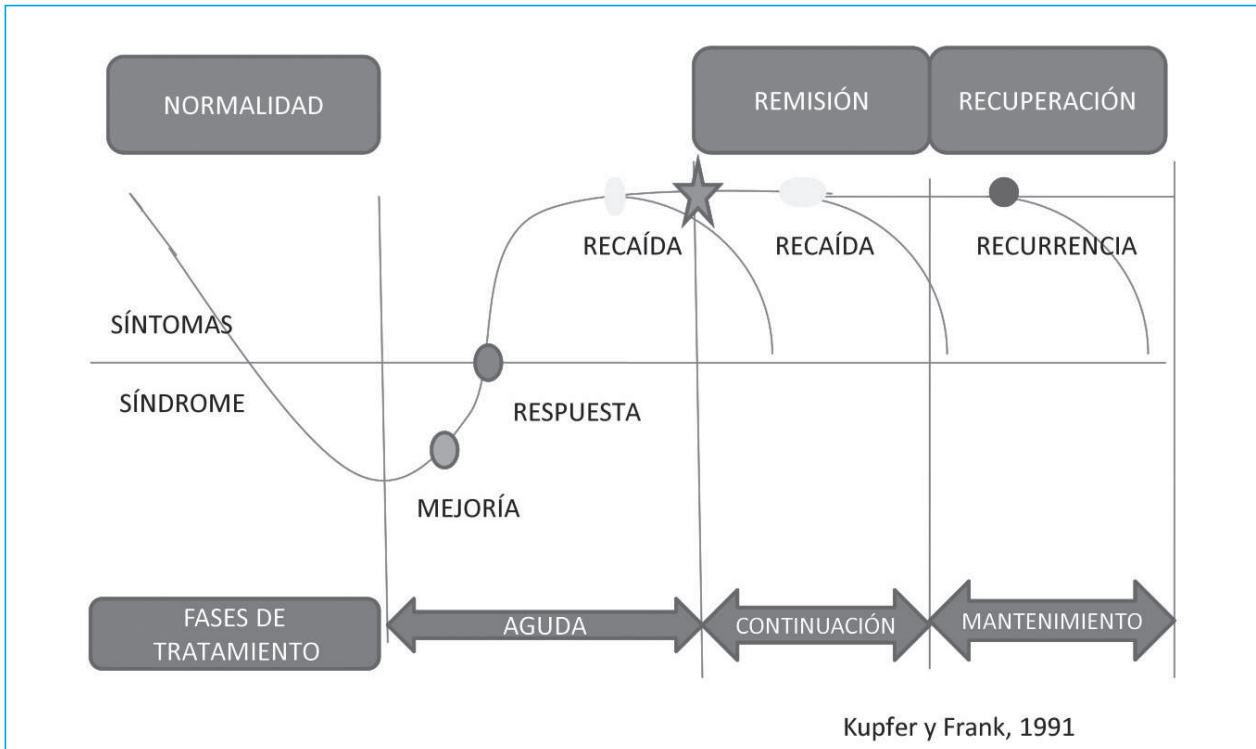
Tabla 5. Utilización en poblaciones especiales

	INSUFICIENCIA HEPÁTICA	INSUFICIENCIA RENAL	EMBARAZO	LACTANCIA	ANCIANOS	NIÑOS
Amitriptilina	↓ Aclaramiento. Precaución.	Acumulación metabolitos. Precaución.	Valorar teratogenia importante (SNC, retraso crecimiento intrauterino, deformación extremidades). FDA: C.	Evitar.	↓ Velocidad eliminación. Riesgo glaucoma, retención urinaria e hipotensión arterial. Inicio 1/2 ó 1/3 de dosis.	Evitar en < 12 años. Útil en tratamiento de enuresis.
Clomipramina	↓ Aclaramiento. Precaución.	Posiblemente sin alteraciones. Precaución.	Teratogenia (trastornos de desarrollo) S. abstinencia en recién nacido. FDA: C.	Evitar.	↓ Velocidad eliminación. Riesgo toxicidad. Dosis < 10-50 mg.	Enuresis: no en < 5 años. No recomendado para resto indicaciones.
Maprotilina	↓ Aclaramiento. Precaución.	En general evitar.	FDA B.	↓ Excreción en leche, no efectos esperables.	↓ Eliminación, más toxicidad. Dosis inicio: 30 mg. Máx 200 mg.	Experiencia limitada. Precaución.
Fluoxetina	Riesgo de ↑ de dosis, iniciar con dosis mínima y vigilar tolerancia.	Precaución por ↑ concentraciones plasmáticas.	No evidencia teratogenia. Se puede usar. Precaución síndrome retirada en el recién nacido FDA C.	Fluoxetina y su metabolito se excretan por leche. Evitar o si se mantiene dosis mínima eficaz.	Sin precauciones. Buena tolerancia.	Puede usarse en > 6 años y adolescentes con depresión moderada-severa que no responden a psicoterapia.
Fluvoxamina	Riesgo ↓ aclaramiento.	Probable no influencia. Precaución.	No datos teratogenia. Precaución por síndrome retirada. FDA: C.	Evitar	Sin precauciones. Buena tolerancia.	No autorizado.
Paroxetina	Riesgo ↓ aclaramiento.	↑ Vida media en IR severa.	Riesgo posible de alteraciones cardíacas. FDA: D.	Podría considerarse, no efectos esperados en niño.	Dosis habituales, aunque no superar 40 mg/d.	No autorizado.
Sertralina	Riesgo ↓ aclaramiento.	Sin precauciones especiales.	Valorar riesgo vs beneficio. FDA: C.	No se recomienda.	Sin precauciones. Buena tolerancia.	Uso en > 6 años en TOC.

Tabla 5. Utilización en poblaciones especiales (continuación)

	INSUFICIENCIA HEPÁTICA	INSUFICIENCIA RENAL	EMBARAZO	LACTANCIA	ANCIANOS	NIÑOS
Citalopram	Riesgo ↑ semivida por ↓ aclaramiento Evitar dosis >30 mg/d.	En IR grave (CICr <20) puede haber ↓ aclaramiento del fármaco. Precaución.	Valorar riesgo vs beneficio. FDA: C.	Niveles activos en leche. No datos efectos adversos en lactante. Valorar riesgo vs beneficio.	Buena tolerancia. Dosis recomendada 20 mg/d (máximo 40 mg/d).	No autorizado.
Escitalopram	Riesgo. ↑ semivida; en IH leve-moderada inicio 5 mg dos semanas (máx. 10 mg).	Riesgo ↓ aclaramiento metabolitos en IR grave. Precaución.	Valorar riesgo vs beneficio. Riesgo síndrome de retirada en el lactante. FDA: C.	Evitar.	Eliminación más lenta. Iniciar con la mitad de dosis.	No autorizado.
Trazodona	Ajustar dosis. Riesgo acumulación fármaco.	Ajustar dosis. Riesgo de acumulación metabolitos.	Precaución. Valorar riesgo vs beneficio. FDA: C.	↓ Excreción. Se admite cuando dosis bajas o moderadas.	Más sensibles a sedación e hipotensión postural. Ajuste dosis y ↑ gradual lento (máx 50-75).	No en menores de 18 años.
Mirtazapina	Precaución. Sin información.	Precaución. Sin información .	Sin informar. Valorar riesgo vs beneficio. FDA: C.	No recomendado.	Bien tolerado.	No usar.
Venlafaxina	Riesgo acumulación. IH leve-moderadas ↓ dosis hasta 50% (más si IH severa).	Riesgo ↓ aclaramiento y vida media. ↓ 25-50% en CICr 10-70. 50% en hemodiálisis (no dar hasta terminar la sesión de hemodiálisis).	Valorar riesgo/ beneficio. Riesgo reacciones de retirada en el recién nacido. FDA: C.	Evitar.	Precaución (sin alteraciones significativas).	No autorizado.
Duloxetina	Evitar.	No necesario ajuste en IR leve o moderada.	Valorar riesgo vs beneficio. FDA: C.	No se recomienda.	Puede utilizarse dosis convencional. Precaución.	Evitar.
Bupropion	Riesgo acumulación metabolitos. Dosis máxima 150 mg/d.	Riesgo acumulación. Evitar en graves.	Evitar (atravesada la placenta). FDA: C.	Evitar.	Puede acumularse metabolitos, dosis máxima 150 mg/d.	Evitar.
Reboxetina	Riesgo potencial acumulación. Iniciar con 2 mg dos veces/día.	Riesgo potencial acumulación. Iniciar con 2 mg dos veces/día.	Evitar FDA: C.	Evitar.	No estudiado. No recomendado.	No autorizado.
Agomelatina	Evitar.	Precaución en IH moderada a grave por pocos datos.	No se conoce.	Evitar.	No usar en pacientes con demencia.	Evitar.

Figura 1. Modelo descrito por Kupfer y Frank



RECOMENDACIONES CLAVE

Los fármacos antidepresivos son utilizados en múltiples indicaciones clínicas, presentando una mayor eficacia cuando el abordaje terapéutico se realiza de una forma integral e individualizada, siendo deseable complementar el tratamiento psicofarmacológico con abordajes psicoterapéuticos tanto a nivel individual como familiar cuando el estado mental de los pacientes lo permita.

Los fármacos antidepresivos deberán elegirse según su efecto terapéutico, seguridad y tolerabilidad, según la preferencia del paciente y su efectividad.

El objetivo del tratamiento es la remisión en las tres fases (aguda, continuación y de mantenimiento), siendo unos de los principales factores de recaída y/o recurrencia la persistencia de sintomatología residual.

El tratamiento de mantenimiento en pacientes que respondieron al tratamiento agudo y de continuación es recomendable entre 6 y 12 meses en el primer episodio, entre 2 y 5 años en los pacientes con dos o tres episodios depresivos, en el caso de más de tres episodios se recomienda un tratamiento indefinido para prevenir nuevas recurrencias depresivas, al reducir la presencia de síntomas residuales.



7. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Dualde Beltrán F, Climente Martí M. Antidepresivos. En: Cámara Teruel JM, Cañete Nicolás C, Dualde Beltrán F (coord.). Manual de psicofarmacoterapia. Madrid: Ed. Entheos. 2006:93-147.

Azanza Perea JR. En: Guía práctica de farmacología del sistema nervioso central. 10ª ed. Madrid. 2008:60-171.

Schatzberg AF, Cole JO, DeBattista Ch. Antidepresivos. En: Manual de psicofarmacología clínica. 6ª ed. Madrid: Ed. Luzán. 2008:35-157.

Stahl SM. Antidepressants. En: Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications, 3rd ed. New York: Ed. Cambridge University Press. 2008:511-666.

McIntyre JS, Pincus HA, Zarin DA. American Psychiatry Association. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Barcelona: Ed. Ars Medica. 2008.

8. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Kaplan HI, Sadock BJ. Tratado de psiquiatría. 6ª ed. Buenos Aires: Ed. Inter-médica. 1997.

Soler Insa PA, Gascón Borrachina J. coordinadores. Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales (RTM-III). 3ª ed. Barcelona: Ed. Ars Médica. 2005.

Iruela Cuadrado LM, Picazo Zapino J, Peláez Fernández C. Tratamiento farmacológico de la depresión en niños y adolescentes. Inf Ter Sist Nac Salud. 2009;33:35-38.

Álvarez E, Puigdemont D. Antidepresivos. En: Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C (coord.). Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Ed. Ars Médica. 2005:1771-86.

Gasto C, Navarro V. Antidepresivos y estimulantes. En: Palomo T, Jimenez-Arriero MA (eds.). Manual de Psiquiatría. Madrid: Ed. Ene Life Publicidad S.A. y editores. 2009:727-738.



67. ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS



Autores: M^a del Carmen Alonso García y Ángel Delgado Rodríguez
Tutor: Ignacio Gómez-Reino Rodríguez.
Complejo Hospitalario de Ourense. Orense

CONCEPTOS ESENCIALES

El uso abusivo de benzodiacepinas suele asociarse a pacientes politoxicómanos, que la utilizan para contrarrestar efectos secundarios de otras drogas o para conseguir un efecto más euforizante. El número de pacientes que abusan de ellas cuando se toman por ansiedad es pequeño.

Existen cuatro grupos de usuarios regulares a largo plazo de las benzodiacepinas:

El primero está formado por pacientes de edad avanzada con una incidencia alta de problemas médicos, depresión y otras enfermedades psiquiátricas.

El segundo grupo individuos con ansiedad y síntomas disforicos crónicos, en ocasiones asociados con trastorno de la personalidad.

Tercer grupo pacientes con crisis de pánico con o sin agorafobia.

Cuarto grupo pacientes con enfermedades como la esquizofrenia, cuyo tratamiento primario no son las benzodiacepinas, pero que las reciben para controlar ansiedad acompañante, para discinesia, efectos extrapiramidales, efecto antipsicótico complementario.

La pregabalina es una alternativa no benzodiacepínica para el uso en los trastornos de ansiedad.

El uso de cualquiera de los fármacos del grupo de las 3 "z" puede causar una menor tolerancia y dependencia que las benzodiacepinas, no obstante algunos pacientes las pueden desarrollar sobre todo si hay historia previa de toxicomanía.

1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo nos referiremos a los psicofármacos con propiedades ansiolíticas e hipnótico sedantes, centrándonos en tres grandes grupos como son las benzodiacepinas, la pregabalina y las 3 moléculas hipnóticas que no siendo benzodiacepinas actúan sobre su receptor: ciclopirrolidonas, imidazopiridi-

nas y pirazolopirimidinas (las 3 "z" zaleplón, zolpidem y zopiclona). No debemos olvidar sin embargo, que existen otras familias farmacológicas con propiedades ansiolíticas e hipnóticas (algunas de ellas con indicaciones aprobadas por las agencias reguladoras de medicamentos) como son algunos antidepresivos, antiepilépticos y antipsicóticos principalmente.



2. FARMACOCINÉTICA

Es lo que diferencia unas benzodiazepinas de otras y comprende:

- La estructura química.
- Absorción.
- Distribución.
- Metabolismo y biotransformación.
- Eliminación.
- Tolerancia.

La estructura química: todas comparten una estructura compuesta por un anillo de benceno con seis elementos que está unido a un anillo de diazepina con siete elementos. Cada benzodiazepina específica se formará por la sustitución de diversos radicales en diferentes posiciones de su estructura.

➤ En cuanto a absorción son muy liposolubles, atravesando fácilmente las membranas biológicas. Tienen muy buena absorción sin toma de alimentos. La administración sublingual resulta útil en pacientes con dificultades al deglutir o por la mayor rapidez de acción. Por vía intramuscular tienen una mala absorción salvo midazolam, clonazepam y lorazepam. Por vía intravenosa se debe usar con precaución debido al riesgo de parada respiratoria siendo administradas de manera lenta (en uno ó dos minutos).

En general su volumen de distribución es alto. Al ser liposolubles atraviesan la barrera hematoencefálica, atraviesan la placenta, y pasan a la leche materna. Se acumulan en el tejido adiposo. Tiene un alto grado de unión a las proteínas del plasma.

➤ El metabolismo es hepático y se divide en dos fases: en la fase 1 se producen la oxidación y la reducción por parte del citocromo P-450 y da lugar a metabolitos activos. En la fase 2 se produce la conjugación para producir productos inactivados que se eliminarán por la orina. La ventaja de sustancias como el lorazepam, oxacepam y temacepam es que sólo tiene que pasar por la fase 2 produciendo menor potencial de daño hepático y por lo que están especialmente indicadas en hepatopatas. Algunas como el diazepam, el clordiazepóxido y el fluracepam, presentan un metabolismo mixto por oxidación y con-

jugación. La principal vía de excreción es la renal. El 10% por las heces.

➤ La tolerancia a muchos de los efectos de las benzodiazepinas aparece cuando el consumo es habitual, la dosis tiene cada vez menos efecto y se necesita una dosis cada vez mayor para lograr obtener el efecto inicial. A pesar de esto, la tolerancia a las distintas acciones de las benzodiazepinas se va desarrollando con ritmos variables y llega a diferentes niveles de intensidad en cada persona. La tolerancia a los efectos hipnóticos surge rápidamente después de algunas semanas de consumo habitual. De igual manera, en aquellas personas que las consumen durante el día por ansiedad, presentan tolerancia a la somnolencia diurna después de algunas semanas. La tolerancia a los efectos ansiolíticos se desarrolla más lentamente pero tenemos poca evidencia disponible que demuestre que las benzodiazepinas mantengan su eficacia después de algunos meses de uso. De hecho, pueden incluso agravar estados de ansiedad si se consumen a largo plazo. Muchos pacientes descubren que los síntomas de ansiedad aumentan poco a poco con los años a pesar de que sigan consumiendo benzodiazepinas continuamente, e incluso pueden aparecer por primera vez ataques de pánico y agorafobia tras años de consumo crónico. La tolerancia a los efectos anticonvulsivos hace que, por lo general, las benzodiazepinas no sean adecuadas para el tratamiento a largo plazo de la epilepsia. La tolerancia a los efectos motores de las benzodiazepinas puede producirse con una intensidad digna de consideración y puede suceder que las personas que consumen dosis elevadas no tengan dificultad alguna por ejemplo para andar en bicicleta. Sin embargo, no parece que se produzca tolerancia total a los efectos que estos fármacos tienen en las funciones cognitivas. Los estudios demuestran que dichas funciones quedan afectadas en las personas que usan las benzodiazepinas en forma crónica, y que éstas se recuperan lentamente, aunque a veces de forma incompleta, después de la suspensión de la droga (tabla 1).

➤ Pregabalina: se excreta intacta renalmente, prácticamente no se metaboliza en humanos. Su vida media de eliminación es de 5 a 7 horas. Su administración junto con alimentos no tiene ningún efecto clínicamente significativo sobre el grado de absorción. Dado que la pregabalina se excreta principalmente

inalterada en orina, experimenta un metabolismo insignificante en humanos (<2% de la dosis recuperada en orina en forma de metabolitos), no inhibe el metabolismo de fármacos in vitro y no se une a proteínas plasmáticas, no es probable que produzca interacciones farmacocinéticas o sea susceptible a las mismas.

➡ El zolpidem y zaleplon se absorben bien con el estomago vacío, si se toman con la comida se puede retrasar su inicio de acción. En pacientes con alteraciones hepáticas la eliminación de las tres drogas disminuye significativamente por lo que ante cualquier alteración hepática debe reducirse su dosis inicial. Debido a que el riñón no contribuye significativamente con la eliminación del zaleplón y el zolpidem, sus respectivas cinéticas no se afectarán en pacientes con alteraciones de la función renal. El zolpidem tiene $t_{1/2}$ de 2,5 horas, el zaleplón de 1 hora y la zopiclona de 3,5-6,5 horas. El uso de los tres puede causar una menor tolerancia y dependencia que las benzodiazepinas, no obstante algunos pacientes pueden desarrollar tolerancia y dependencia, sobre todo si hay historia previa de toxicomanía.

3. FARMACODINAMIA

El mecanismo de acción de las benzodiazepinas se realiza a través de la unión con sobre el receptor del complejo GABA, que es un neurotransmisor inhibi-

torio. Hay tres tipos de GABA: GABA-A, GABA-B y GABA-C. El de las benzodiazepinas se realiza a través del receptor GABA A aumentando el flujo de iones cloro hacia el interior de la célula, cargándola negativamente y reduciendo su capacidad excitadora. Hay otras sustancias que se pueden unir a este receptor como el alcohol ó los barbitúricos por tanto la administración conjunta con estos puede potenciar la depresión del SNC y/o de la función respiratoria.

Todas las benzodiazepinas tienen cinco efectos principales que se usan con propósitos terapéuticos: efecto ansiolítico, hipnótico, miorelajante, anticonvulsivo y amnésico (deterioro de la memoria).

➡ La pregabalina es un ligando de una subunidad auxiliar (proteína $\alpha 2-\delta$) de los canales de calcio dependientes del voltaje en el sistema nervioso central, desplazando potencialmente a [3H]-gabapentina. Sin embargo, no se conoce con exactitud el mecanismo de acción ya que no interacciona con los receptores a GABA-A o B, ni afecta a la recaptación del GABA.

Los fármacos del grupo 3 "z" actúan como agonistas de los receptores benzodiazepínicos de tipo BZ1 u ω -1, que forman parte del complejo supramolecular ionóforo de cloruros, integrado con el receptor del ácido gamma-aminobutírico (GABA).

Tabla 1. Farmacocinética de las benzodiazepinas

Acción	Fármaco	Metabolitos activos	Comienzo acción (minutos)	Vida media
Prolongada: + 24 h.	Clorazepato	Si	20-45 min.	30-60 h.
	Diazepam	Si	15-45 min. Rápido.	15-60 h.
	Flurazepam	Si	15-45 min.	50-100 h.
	Ketazolam	Si	15-45 min.	2-60 h.
Intermedia: 12-24 h.	Bromacepam	Si	15-30 min.	10-20 h.
	Clonazepam	No	20-60 min. Lento.	12-20 h.
Corta: 6-14 h.	Alprazolam	No	15-30 min.	12-15 h.
	Lorazepam	No	30-60 min. Lento.	10-20 h.
	Lormetazepam	No	15-30 min.	9-15 h.
	Oxacepam	No	45-90 min. Lento.	5-10 h.
Muy corta: 6 h.	Midazolam	Si	15-30 min.	1,5-3 h.



Las interacciones de las benzodiacepinas, las vemos en la tabla siguiente (tabla 2).

Los fármacos del grupo de 3 "z" potencian la acción sedante de otros hipnóticos. Debido a que el zaleplón no sólo depende de los sistemas CYP para metabolizarse, es de esperar que las drogas que inhiben el CYP3A4 afecten menos su metabolismo que el del zolpidem o la zopiclona.

4. INDICACIONES TERAPEÚTICAS Y DOSIS RECOMENDADAS

↑ En todas las indicaciones que se indican a continuación las benzodiacepinas son tratamientos exclusivamente coadyuvantes durante los primeros meses. La Agencia Española del Medicamento ha aprobado su uso con fines ansiolítico sólo por 3 meses incluyendo en ello el mes necesario para su retirada gradual (tabla 3).

- Ansiedad: por ejemplo, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno adaptativo con ansiedad, y otros trastornos de ansiedad. Están indicadas sobre todo cuando se prevé un tratamiento a corto plazo (más ó menos cuatro semanas); cuando se prevé tratamiento durante más tiempo es preferible emplear inhibidores de la recaptación de serotonina o los duales que no tienen potencial de abuso. La dosis de mantenimiento en los trastornos de ansiedad son: alprazolam 0,5-1 mg/8 h; clorazepato 7,5-15 mg/8-12 h; diazepam 2-10 mg/6-12 h; ketazolam 15-60 mg/24 h; lorazepam 1-2 mg/8 h.
- T. de angustia y fobia social: principalmente las dos benzodiacepinas de alta potencia: alprazolam y clonazepam. La dosis de uso del alprazolam es similar a la usada para la depresión: 2-6 mg al día. Los ISRS como paroxetina y sertralina también se han aprobado con esta indicación pero tardan más en hacer efecto: de

Tabla 2. Interacciones de las benzodiacepinas

Fármaco	Interacción	Mecanismo
Carbamacepina	Disminuye niveles de benzodiacepinas.	Inducción de CYP P450.
Cimetidina	Aumenta niveles de benzodiacepinas.	Inducción de CYP P450.
Digoxina	Aumenta niveles de digoxina.	Desconocido.
Eritromicina	Aumenta niveles de alprazolam.	Inhibición de 3A4.
Etanol	Incrementa sedación/depresión respiratoria.	Potencia depresión en SNC.
Opioides	Incrementa sedación/depresión respiratoria.	Potencia acción sobre SNC.
ISRS	Aumentan niveles diazepam y alprazolam.	Inhibición de 2D6 Y 3A4.
Acido valproico	Aumenta los niveles de benzodiacepinas.	Disminución del metabolismo.
Disulfiram, estrogenos, alopurinol	Aumentan los niveles de benzodiacepinas que son metabolizadas por oxidación.	Aumentan semivida de eliminación.

Tabla 3. Indicaciones terapéuticas y dosis recomendadas

Fármaco	Dosis equivalentes	Fármaco	Dosis equivalente
Cloracepato	15	Flunitrazepan	1
Diazepam	10	Alprazolam	1
Fluracepam	30	Loracepam	1-2
Ketazolam	15	Lormetazepan	1-2
Bromacepam	6	Oxacepam	15-30
Clonazepam	2	Midazolam	3

dos a cuatro semanas, tiempo que puede ser cubierto por una benzodiacepina. Es conveniente la substitución por una benzodiacepina de vida media larga cuando se esté alcanzando la remisión para tratar de evitar el abuso.

- T. obsesivo-compulsivo y t. por estrés postraumático: sobre todo el clonazepam 3-5 mg al día para tratamiento del TOC ya que tiene propiedades serotoninérgicas. El tratamiento con clorimipramina o ISRS, es el tratamiento base del trastorno. Se pueden emplear benzodiacepinas inicialmente es el TEP pero con precaución ya que presentan una alta incidencia de abuso de sustancias como alcohol ó automedicación, también deben evitarse las benzodiacepinas de corta duración.
- Síndrome de abstinencia al alcohol: una de las opciones consiste en usar benzodiacepinas de larga duración para evitar el síndrome de abstinencia y el *delirium tremens*, por ejemplo diazepam 10 mg cada seis horas las primeras 24 horas y posteriormente 5 mg cada seis horas durante 48 horas e ir reduciendo gradualmente.
- Depresión: muy útiles en el insomnio asociado a este trastorno y como coadyuvantes tanto en la distimia como en la depresión unipolar y bipolar.
- ➡ Acatisia: los más usados son lorazepam (1-3 mg/día), diazepam (15 mg/día) y clonazepam (0,5-3 mg/día).
- Insomnio: acortan la latencia del sueño, disminuyen el número de despertares, prolongan la etapa II del sueño no REM, disminuyen la duración de las etapas III y IV del sueño no REM, disminuyen el sueño REM dependiendo de la dosis, y aumentan la cantidad de ciclos REM y por tanto aumentan la actividad onírica y aumentan el tiempo de sueño. La dosis de mantenimiento de las principales benzodiacepinas hipnóticas en adultos son: flunitrazepam 1-2 mg/día, flurazepam 15-30 mg/día, lormetazepam 1-2 mg/día, midazolam 7,5-15 mg/día, triazolam 0,125-0,5 mg/día. El Triazolam (la de más corta duración de acción) puede producir ansiedad de rebote, el flurazepam (la de más prolongada duración) puede producir leve afectación cognitiva el día siguiente a su toma.

➡ Pregabalina: dosis de 150-600 mg dividido en 2 ó 3 dosis. Indicada en el TAG.

➡ Zaleplon: 5-20 mg; zolpidem 5-10 mg; zopiclona: 3,75-7,5 mg. Indicados como hipnóticos.

5. EFECTOS ADVERSOS

A continuación se exponen en la tabla 4.

Tabla 4. Efectos adversos

EFECTOS SECUNDARIOS PRINCIPALES

- Sedación, fatiga.
- Debilidad, ataxia, disartria, mareo, riesgo de caídas, especialmente ancianos.
- Olvidos, confusión, amnesia anterógrada.
- Dependencia física.
- Dependencia psicológica.
- Reacción paradójica:
 - Hiperexcitabilidad, nerviosismo.
 - Raras alucinaciones, manía.
 - Hipotensión, hipersalivación o boca seca.

QUÉ HACER CON LOS EFECTOS SECUNDARIOS

- Esperar.
- Bajar la dosis.
- Cambiar la dosis principal a la noche para evitar sedación diurna.
- Cambiar a otra benzodiacepina.

La administración de benzodiacepinas se asocia a un buen perfil de seguridad y tolerabilidad. La mayoría de los efectos secundarios suelen ser transitorios, desapareciendo en el intervalo de días, a medida que el paciente desarrolla tolerancia a los mismos.

➡ La dependencia farmacológica es una adaptación fisiológica en respuesta al uso continuado de muchas drogas que actúan sobre el SNC. Esta adaptación está en la base biológica de la tolerancia y el síndrome de abstinencia. La tolerancia se manifiesta en forma de disminución de los efectos adversos y de la eficacia de los compuestos y en la necesidad



de aumentar dosis para conseguir los efectos terapéuticos deseados (inducir el sueño, disminuir la ansiedad). El síndrome de abstinencia se manifiesta con ansiedad, temblor, fasciculaciones, convulsiones y en ocasiones alucinaciones visuales.

↑ Aunque un individuo que es adicto a las benzodicepinas presenta normalmente dependencia física y psicológica, pueden padecerse estas sin ser un adicto. Este último fenómeno exige la existencia de una conducta de búsqueda compulsiva y pérdida de control de la ingesta, así como, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos. Para evitar la dependencia se recomienda que el tratamiento dure el menor tiempo posible y retirarlo gradualmente. Debido a que los síntomas de abstinencia pueden mimetizar en parte a los de la propia ansiedad, puede ser difícil determinar si estamos ante una reagudización de la ansiedad o una abstinencia (tabla 5).

Tabla 5. Abstinencia y recaída

Abstinencia por retirada	Recaída ansiedad
Suele aparecer en la primera semana tras el abandono (en función de la vida media del fármaco).	Aparece después de la primera semana.
Disminuye en intensidad según pasan los días.	Aumenta en intensidad según pasan los días.
Síntomas incluyen: ansiedad, agitación, irritabilidad, incremento de la sensibilidad a la luz y sonido, parestesias, calambres, mioclonias, fatiga, insomnio, dolor de cabeza, mareo, dificultades concentración, náusea, pérdida de apetito y de peso y depresión.	Algunos son similares como nerviosismo, insomnio, dificultades en concentración, pero otros no aparecen como sensibilidad a la luz y sonido, tinitus, mioclonias, alucinaciones, ilusiones paranoides o convulsiones.

Sedación excesiva: es el efecto secundario más común de las benzodicepinas, se relaciona directamente con la dosis, tiempo de administración y edad del paciente. Se produce principalmente la primera

semana de tratamiento y hay que advertir al paciente de los efectos y recomendarles suspender ciertas actividades como conducir.

Alteración de la memoria; particularmente en el nivel de consolidación, fundamentalmente en la memoria episódica por vía intravenosa, vida media ultracorta y de mayor potencia, resulta ventajoso cuando se emplea como medicación prequirúrgica.

➡ Reacción paradójica: puede haber desinhibición, conductas agresivas, aumento paradójico de la ansiedad, sentirse más hablador, necesidad de moverse continuamente, insomnio y alucinaciones. Son más frecuentes en niños, ancianos, personas con lesión orgánica cerebral o trastorno límite de la personalidad. Se recomienda tratar con flumacénil. Relajación muscular: aumenta el riesgo de caídas sobre todo en ancianos.

Depresión respiratoria: riesgo mayor cuando se asocia con otro fármaco depresor de sistema nervioso central, en ancianos, pacientes con alteración de la conciencia, alteración respiratoria y administración rápida de benzodicepinas por vía intravenosa.

➡ Sobredosificación: el riesgo de depresión central grave aumenta si se asocia con otros depresores del SNC. El tratamiento de la intoxicación es de soporte, con lavado gástrico e inducción de emesis si es posible. El flumacénilo es su antagonista; se administra en bolos intravenosos a dosis de 0,2-0,3 mg seguidos de 0,1 mg/min hasta un máximo de 1-2 mg. Si se precisa mantener el efecto antagonista dar 0,1 mg/h en perfusión continua.

Pregabalina: efectos similares a las benzodicepinas, además edema periférico y disminución de la libido. Actuar para tratarlos de igual manera que con las benzodicepinas. El zaleplón, zolpidem y zopiclona: Efectos similares a las benzodicepinas. La zopiclona puede producir sabor metálico. Si se toman durante varias semanas la supresión debe ser gradual.

6. UTILIZACIÓN

Se recomienda comenzar el tratamiento con dosis lo más bajas posibles e ir aumentando paulatinamente. Para aquellos trastornos que requieran tratamiento mayor de 4-6 meses, los riesgos de síndrome de

dependencia son mayores, por lo que se recomienda tratamiento concomitante con antidepresivos durante las primeras semanas hasta que el efecto del antidepresivo sea objetivable y poder suspender las benzodiacepinas.

➡ La pauta de suspensión de las benzodiacepinas se establece en función de dosis, semivida y duración del tratamiento, de todas maneras para cada persona la experiencia de reducción y/o suspensión de los fármacos es única. A pesar de que tienen muchas características en común, cada individuo pasa por su propia experiencia y en cada uno se manifiesta su propia secuencia de síntomas de abstinencia. Como guía muy general una persona que toma 40 mg de diazepam por día (o una dosis equivalente de otro fármaco) podría reducir la dosis diaria a un ritmo de 2 mg cada 1-2 semanas hasta alcanzar una dosis diaria de 20mg de diazepam. Esto llevaría unas 10-20 semanas. Luego, desde esta dosis de 20 mg de diazepam por día, sería preferible reducir 1 mg de la dosis diaria por semana o cada dos semanas. Esta segunda fase llevaría otras 20-40 semanas, por tanto el proceso total de reducción hasta la suspensión total del fármaco podría durar unas 30-60 semanas. Sin embargo, algunas personas pueden preferir reducir la dosis de una forma más rápida mientras otras querrán hacerlo aun más lentamente. Si se llega a un momento difícil, se puede detener en ese punto por algunas semanas si cree que es necesario, pero debe tratar por todos los medios de evitar "retroceder" y aumentar nuevamente la dosis.

➡ En el caso de benzodiacepinas de vida media-corta como alprazolam o lorazepam se recomienda sustituir la dosis diaria por dosis equivalente de benzodiacepinas de vida media larga como el clonazepam o diazepam. El proceso de cambio de una benzodiacepina a otra se debe llevar a cabo gradualmente, sustituyendo inicialmente sólo una de las dosis, en lugar de la dosis total diaria, y continuando la sustitución del resto de la dosis una por una.

➡ Pregabalina: iniciar con 150 mg en dos ó tres dosis y subir cada 3-7 días 150 mg hasta una dosis máxima de 600 mg. Retirada de manera progresiva en una semana. No suele haber síntomas de abstinencia. Los medicamentos del grupo 3 "z" deben tomarse el menor tiempo posible y no exceder las 4 semanas, incluyendo el periodo de disminución de la dosis, que será gradual.

7. UTILIZACIÓN EN POBLACIONES ESPECIALES

- ➡ Embarazo: las benzodiacepinas atraviesan la placenta y se acumulan en el feto. Sus efectos secundarios pueden clasificarse en teratógenos (por uso en el primer trimestre), síndrome de abstinencia y síndrome hipotónico neonatal (por el uso en el tercer trimestre). Algunos estudios han sugerido una asociación entre el uso de benzodiacepinas en el primer trimestre y la aparición de labio leporino y paladar hendido. A pesar de que no hay evidencia clara se recomienda evitar su uso por lo menos hasta las diez semanas de gestación (cuando se cierra el paladar). Para evitar el síndrome de abstinencia neonatal se deben retirar las benzodiacepinas de manera paulatina a medida que se acerca la fecha de parto. La mayoría de las benzodiacepinas están incluidas en los grupos D (riesgo fetal sin contraindicación absoluta) y X (contraindicación absoluta durante el embarazo) de la FDA. Las benzodiacepinas clasificadas en el grupo X son estazolam, flurazepam, quazepam, temazepam y triazolam. En el grupo D son clordiazepóxido, diazepam, lorazepam y alprazolam y en el C (no puede excluirse el riesgo humano) el clonazepam.
- Lactancia: atraviesan la leche materna. El lactante puede presentar somnolencia y pérdida de peso. Utilizarlas con precaución y si es necesario suspender lactancia materna.
- Niños: metabolizan más rápido. Utilizar dosis pequeñas y mantenidas para conseguir un nivel plasmático estable.
- ➡ Ancianos: la hipofuncionalidad hepática asociada al envejecimiento alarga la semivida de las benzodiacepinas. La vía metabólica de glucoconjugación apenas se modifica, por lo que es recomendable utilizar benzodiacepinas que se metabolicen por esta vía (lorazepam, oxacepam y temacepam). Si es necesario utilizar benzodiacepinas de vida media-corta se aconseja prescribir mitad de dosis y espaciar tomas.
- ➡ Pacientes con insuficiencia hepática: se recomienda evitar dosis elevadas y preferiblemente utilizar benzodiacepinas que se metabolicen por la vía de la conjugación.



- ➔ Pacientes con patología respiratoria: las benzodicepinas tienen un efecto depresor a nivel del centro respiratorio en el SNC, por lo que están contraindicadas en pacientes con patología respiratoria que retengan CO_2 y en la apnea del sueño.
- ➔ Pregabalina: es necesario un ajuste de dosis en pacientes con la función renal alterada o en hemodiálisis. En los pacientes con disfunción hepática no son necesarios reajustes en

las dosis. Los ancianos son más susceptibles a los efectos adversos. En niños y adolescentes no se ha establecido su seguridad. No utilizar en caso de intolerancia a la galactosa. No se recomienda durante la lactancia, valorar riesgo beneficio en embarazo. El zaleplon y la zopiclona están incluidos en la categoría C de la FDA, el zolpidem en la B. No se recomiendan durante la lactancia, valorar riesgo beneficio en embarazo. Todas pueden potenciar la insuficiencia respiratoria severa y la apnea del sueño.

RECOMENDACIONES CLAVE

La vida media adquiere significado cuando se utilizan dosis múltiples. Esto tiene importancia para saber cuándo se alcanzan niveles o cuando deja de actuar un medicamento que se retira. El tiempo estimado es el de cinco vidas medias.

En caso de dosis única el comienzo de acción depende de la rapidez de absorción y la solubilidad en los lípidos. Rápida (diazepam). Lenta (oxazepam).

Aunque un individuo que es adicto a las benzodicepinas presenta normalmente una dependencia física y psicológica, pueden padecerse estas sin ser un adicto.

La ventaja de sustancias como el lorazepam, oxazepam y temazepam es que sólo tiene que pasar por la fase 2 pudiendo ser utilizadas en caso de daño hepático y produciendo menor potencial de daño hepático

El flumacénil es el tratamiento de elección en la reacción paradójica y en caso de sobredosis grave.

Las opciones para discontinuar las benzodicepinas son un descenso progresivo o la sustitución por dosis equivalentes de clonazepam.

La pregabalina está indicada en TAG, no necesita ajuste en caso de daño hepático, no interacciones significativas, efectos secundarios similares a benzodicepinas.

8. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Ruiloba JV. Introducción a la Psicopatología y La Psiquiatría. 6ª ed. Barcelona: Ed. Masson. 2006.

Sadock BJ, Sadock VA. Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica. 4ª ed. España: Ed. Lippincott Williams & Wilkins. 2008.

Stahl S. The Prescriber's Guide. 3ª ed. Ed. Cambridge University Press. 2009.

Salazar M, Peralta C, Pastor J. Tratado de Psicofarmacología. 1ª ed. Buenos Aires. Madrid: Ed. Médica Panamericana. 2004.

Stahl, Stephen M. Psicofarmacología esencial. España: Ed. Ariel. 2002.

9. BIBLIOGRAFIA DE AMPLIACIÓN

Journal of clinical psychiatry (supp2). 2005.

Benzodiacepinas: Dependencia, Toxicidad y Abuso. Informe del grupo de trabajo de American Psychiatric association. Ed. en Español. Barcelona: Ed. Sanofi Winthrop. 1994.

Guía práctica de farmacología del sistema nervioso central. Azanza JR. 2007.

Bezchlibnyk-Butler KZ, Jeffries JJ. Clinical Handbook of Psychotropic Drugs. Toronto: Hogrefe & Huber Pub. 2001 .

Manual de psicofarmacoterapia. Cámara Teruel JM, Dualde Beltran F. Madrid: Ed. You & Us. 2001 .





68. LITIO Y EUTIMIZANTES



Autoras: Carmen Iranzo Tatay e Isabel Martín Martín
Tutor: Alejandro Povo Canut
Hospital La Fe. Valencia

CONCEPTOS ESENCIALES

Fármacos empleados en el trastorno bipolar con eficacia en la fase aguda y en el tratamiento de mantenimiento.

Los fármacos de primera línea son el litio y el ácido valproico.

El resto de eutimizantes se emplean, en combinación o en monoterapia, en cuadros resistentes, contraindicación/falta de tolerancia de los anteriores o en subgrupos especiales.

1. LITIO

1.1. FARMACOCINÉTICA

El litio se administra por vía oral y se absorbe en el aparato digestivo.

Alcanza el pico plasmático entre las 2 y 4 h. La vida media es de 20-24 horas. No se une a proteínas plasmáticas, ni se metaboliza.

Su distribución inicialmente es en el espacio extracelular para acumularse luego en distintos tejidos (hueso, tiroides y cerebro). El gradiente de distribución a través de las membranas biológicas es pequeño, por lo que se requieren de 5 a 7 días de tratamiento para encontrar el equilibrio, particularidad que debe tenerse en cuenta cuando se soliciten litemias o aparezca una intoxicación por litio.

Atraviesa la placenta y se excreta por leche materna. La eliminación es renal en su mayoría. Su aclaramiento en orina es el 20% del de la creatinina. Entre las 6 y las 12 horas de su administración oral se produce la excreción rápida de hasta el 66% de la

dosis aguda, el resto se elimina lentamente durante 10-14 días.

1.2. FARMACODINAMIA

El mecanismo de acción del litio no se conoce bien. Parece que modula el equilibrio entre los efectos excitatorios e inhibitorios de diversos neurotransmisores como la serotonina, la noradrenalina, el glutamato, el ácido gamma-aminobutírico (GABA) y la dopamina. Afecta también a la plasticidad neuronal a través de sus efectos sobre la glucógeno sintetasa cinasa-3, la AMP-cíclico cinasa dependiente y la proteína cinasa C. Finalmente, ajusta la señal de actividad a través de sus efectos sobre el segundo mensajero.

Las interacciones farmacológicas más peligrosas se producen con los diuréticos y los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), con los que aparece riesgo de intoxicación por litio. Existe también riesgo de intoxicación en dietas hiposódicas, si aparecen diarreas intensas, nefropatías o hipovolemias (situaciones de deshidratación por sudoración, ejercicio físico, fiebre...)(tabla 1).



Tabla 1. Litio, interacciones medicamentosas.

↑ Litemia	AINES. Corticoides, indometazina. Diuréticos tiazídicos. IMAO, ISRS. β-bloqueantes.
↓ Litemia	Cloruro de sodio y bicarbonato sódico. Xantinas; aminofilina, teofilina y cafeína. Diuréticos no tiazídicos.
Efecto desconocido	Yoduro, IECAS, alcohol, verapamilo. Bloqueantes neuromusculares (succinilcolina, bromuro de pancuronio).
No modifican la litemia	Salicilatos, paracetamol.

1.3. INDICACIONES TERAPÉUTICAS Y DOSIS RECOMENDADAS

El litio está aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento de la manía aguda y como tratamiento de mantenimiento en el Trastorno bipolar. Se utiliza también de manera complementaria en pacientes con labilidad emocional, con rabia impulsiva o episódica, con disforia premenstrual, trastorno límite de personalidad, o esquizofrenia. Además se usa como agente potenciador de la depresión resistente al tratamiento.

- Manía aguda; dada la latencia de inicio de acción es preferible no iniciar tratamiento sólo con litio. Se aconseja empezar con un antipsicótico, pues controla los síntomas más rápido. Se añade entonces litio para estabilizar al paciente con ambos fármacos. El rango terapéutico en fase aguda es de 0,8-1,2 mEq/l. Una estrategia alternativa es iniciar el tratamiento del paciente maniaco agudo con litio y una benzodiacepina como loracepam o clonacepam. No obstante, en el tratamiento de un paciente con manía psicótica aguda, es preferible una triple terapia –benzodiacepina, antipsicótico y litio– que permite usar dosis más bajas de los dos primeros agentes para el episodio agudo, mientras se introduce el litio para el mantenimiento a largo plazo.
- Trastorno bipolar; el litio es el tratamiento de mantenimiento de elección. Las litemias deben mantenerse entre 0,6-1,2 mEq/l. El litio es efi-

caz en los episodios maníacos agudos y como agente profiláctico para prevenir recaídas. Además parece reducir el riesgo de suicidio en los pacientes con trastorno bipolar. La mayoría de los médicos apoyan el tratamiento indefinido con litio en aquellos pacientes afectados de T. bipolar cuya enfermedad está estable con litio. La interrupción brusca del litio después de un tratamiento a largo plazo incrementa significativamente la tasa de recaída.

- Enfermedades del espectro esquizoafectivo; el litio en rango 0,8-1,1 mEq/l en combinación con un antipsicótico es útil para el tratamiento de pacientes con trastorno esquizoafectivo. Se puede realizar un ensayo terapéutico con litio en los paciente afectados de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo resistente al tratamiento. No se mantendrá el litio más de seis meses si no hay beneficio clínico aparente.
- Trastornos depresivos; algunos episodios depresivos responden con litio solo, pero el tiempo de respuesta es más largo que con antidepresivos clásicos. Se utiliza como potenciador de los antidepresivos en la depresión resistente. No existe relación dosis-respuesta clara ni hay recomendaciones estandarizadas de dosis para la potenciación.
- Rabia e irritabilidad; el litio controla los estallidos de rabia, pero no afecta a la conducta agresiva premeditada. Es útil en algunos trastornos orgánicos o retraso mental que presentan

estallidos de cólera, si bien suelen emplearse los antiépilépticos y antipsicóticos.

La psoriasis y la dermatitis seborreica pueden empeorar.

1.4. EFECTOS ADVERSOS

Los efectos adversos a corto plazo más frecuentes son el temblor, gastralgia, diarrea, poliuria y polidipsia y aumento de peso. Dependen de las concentraciones séricas, por lo que una disminución o reparto de las dosis suele atenuarlos (tabla 2).

El temblor fino distal puede ser tratado con β -bloqueantes (propranolol 40-160 mg/día). Con el uso crónico puede aparecer hipotiroidismo. El 50% de los pacientes presentan una elevación moderada y reversible de la TSH. En menos del 5% aparece un hipotiroidismo clínico, que requiere tratamiento hormonal sustitutivo (tiroxina). Puede provocar hipercalcemias e hiperparatiroidismo secundario.

Sobre el riñón, disminuye la capacidad de concentración de la orina, generando poliuria con polidipsia secundaria, que puede llegar a una diabetes insípida nefrogénica. En ese caso, las litemias no deben superar los 0,8 mEq/l y se debe asegurar la ingesta hídrica. Si no responde puede tratarse con diuréticos (tiazidas o amiloride). En pacientes con insuficiencia renal es preferible usar otros eutimizantes. Produce alteraciones en el ECG sin relevancia clínica y reversibles (aplanamiento o inversión de la onda T, onda T picuda, ensanchamiento del QRS). Puede producir bloqueos A-V y agravamiento de arritmias preexistentes, por lo que se debe realizar ECG de control.

1.5. UTILIZACIÓN

En la única preparación comercializada en España cada comprimido contiene 400 mg de carbonato de litio. La pauta inicial es de 400-600 mg/d, repartido en dos tomas. La dosis se aumenta gradualmente hasta alcanzar tanto respuesta terapéutica como niveles plasmáticos adecuados (generalmente con dosis de 800-2.400 mg/d). Rango terapéutico 0,6-1,2 mEq/l (tabla 3).

Son contraindicaciones absolutas las enfermedades renales que generen insuficiencia renal, la enfermedad tubular renal, antecedentes de infarto agudo de miocardio (IAM), alteraciones en la conducción cardíaca y la insuficiencia cardíaca aguda, la miastenia gravis y el primer trimestre de embarazo.

Son contraindicaciones relativas el parkinson, la demencia, la epilepsia, la diabetes mellitus, el hipotiroidismo, la hiponatremia, la hipertensión arterial y las enfermedades cardíacas que cursen con renina elevada, la colitis ulcerosa y la psoriasis.

1.6. UTILIZACIÓN EN POBLACIONES ESPECIALES

- Embarazo; el litio presenta una categoría de riesgo D (Clasificación de la FDA) durante el embarazo (existe evidencia positiva de riesgo en seres humanos; puede sopesarse el riesgo

↑ Tabla 2. Efectos adversos del tratamiento con litio e intoxicación.

Efectos adversos frecuentes	Temblor fino distal, sed, poliuria/polidipsia, molestias gástricas, diarreas, vómitos, aumento de peso, alteración de la función tiroidea (hipotiroidismo) y reacciones cutáneas (erupciones acneiformes, rash cutáneo y alopecia).
Efectos adversos poco frecuentes	Dificultad de concentración, debilidad muscular, letargia, hipertiroidismo, leucocitosis, neutrofilia, linfopenia.
Intoxicación leve (litemia 1,5-2 mEq/l)	Vómitos, dolor abdominal, ataxia, temblor grosero, disartria, mareos, nistagmo, debilidad muscular, letargo.
Intoxicación moderada (2-2,5 mEq/l)	Vómitos persistentes, visión borrosa, fasciculaciones, hiperreflexia, convulsiones, delirium, coma, ↓ TA, arritmias, insuficiencia circulatoria.
Intoxicación grave (> 2,5 mEq/l)	Convulsiones generalizadas, oliguria e insuficiencia renal, muerte.



↑ Tabla 3. Pruebas complementarias antes y durante el tratamiento con litio.

Antes de iniciar el tratamiento	1) Análisis de sangre; hemograma (formula leucocitaria, recuento, VSG), glucemia, uremia, creatinemia, colesterol, triglicéridos, GOT, GPT, fosfatasas alcalinas, iones, TSH, T3. 2) Test de embarazo en mujer en edad fértil. 3) Análisis de orina; proteinuria y aclaramiento de creatinina. 4) ECG y EEG si antecedentes de cardiopatía o epilepsia.
Durante 1ª semana	Litemia.
Durante 1º Mes	Litemia cada 7-10 días.
Durante 2º-3º mes	Litemia mensual.
Cada 6 meses	1) Análisis de sangre completo (hemograma y bioquímica). 2) Litemia. 3) Análisis de orina, proteinuria y aclaramiento de creatinina.
Anual	Hormonas tiroideas (TSH y T3).

con el potencial beneficio). Está asociado a una anomalía cardíaca grave, la anomalía de Ebstein. El riesgo aparece fundamentalmente durante el primer trimestre. Otro riesgo que aparece en el tercer trimestre es el elevado peso gestacional. Además se asocia a cianosis, hipotonía y murmullos sistólicos en el recién nacido. Durante el embarazo, parto y lactancia se empleará litio sólo si es imprescindible. Se reducirá la dosis a la mitad la última semana de embarazo, suspendiéndolo al inicio del parto. Si se reinicia tras el nacimiento contraindicaremos la lactancia materna.

- Infancia y adolescencia; en niños mayores de 12 años el litio se administra a menudo como en adultos. No obstante en niños con un peso inferior a 25 kg es mejor empezar con dosis menores (de 200-400 mg/d), e incrementar paulatinamente.
- Pacientes ancianos; la excreción de litio está enlentecida en los pacientes ancianos, por lo que el inicio de tratamiento debe realizarse con dosis bajas. Las litemias y los signos clínicos de toxicidad deben ser estrechamente controlados.
- Pacientes psiquiátricos con enfermedades somáticas; en pacientes con afección renal, que no presenten fracaso renal, puede iniciarse tratamiento con litio cuidadosamente, con dosis

bajas y control estrecho, si bien será preferible la elección de otros eutimizantes. Se debe tener precaución con el litio en cardiópatas, contraindicando su uso si existen antecedentes de IAM o insuficiencia cardíaca aguda.

2. EUTIMIZANTES

Se han realizado estudios con agentes anticonvulsivantes en el tratamiento de los episodios maníacos, empezando por la carbamazepina. Varios de ellos han demostrado su eficacia.

No está claro el mecanismo de acción de estos fármacos, aunque parecen actuar en la membrana celular a nivel de los canales de sodio, potasio y calcio. Esto produce cambios en la neurotransmisión excitadora y en la inhibidora, disminuyendo la liberación del neurotransmisor glutamato (principal excitador), y aumentando la síntesis, la liberación o el efecto del GABA, principal inhibidor de la membrana celular de la neurona.

2.1. ÁCIDO VALPROICO

2.1.1. Farmacocinética

Tiene buena absorción por vía oral, pero no hay que administrarlo con alimentos. Se fija a proteínas plasmáticas un 80-90%, aunque únicamente el fármaco

libre atraviesa la barrera hematoencefálica (BHE), siendo activo a nivel del sistema nervioso central (SNC). La concentración máxima se obtiene entre 1 y 4 horas tras su administración, requiriendo tres dosis diarias. Su metabolismo es en hígado, y la excreción renal. Los niveles plasmáticos estables se alcanzan en el plazo de 5-7 días, siendo los niveles terapéuticos entre 50-100 mcg/ml.

2.1.2. Farmacodinamia. Interacciones farmacológicas

Aumenta la concentración de múltiples fármacos, pudiendo producir toxicidad; los más importantes son: carbamazepina, lamotrigina, diazepam, lorazepam, midazolam, amitriptilina, fluoxetina (riesgo de toxicidad por valproato).

No interacciona con litio, gabapentina, antipsicóticos típicos ni atípicos.

2.1.3. Indicaciones del fármaco

Se emplea en la manía aguda con una eficacia similar al litio; se puede usar en monoterapia o en combinación con otros eutimizantes o con antipsicóticos.

Más eficaz en la profilaxis de episodios maniacos o mixtos que en los depresivos.

Se ha mostrado más eficaz que el litio en cicladores rápidos y en episodios mixtos.

También es útil para el control de síntomas en trastornos de personalidad, para el manejo de la agitación, irritabilidad e impulsividad.

2.1.4. Efectos adversos

Suelen ser benignos, dosis-dependientes y revierten al retirar el fármaco.

Los más frecuentes son gastrointestinales: náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea o estreñimiento. En SNC puede aparecer temblor, somnolencia, cefalea, ataxia y confusión. A nivel endocrino puede dar aumento de peso, galactorrea, amenorrea, metrorragia e hiperandrogenismo.

Son raras pero graves las reacciones idiosincrásicas: insuficiencia hepática (sobre todo en menores de 2 años), pancreatitis hemorrágica aguda y agranulocitosis.

2.1.5. Utilización

La dosis de inicio en adultos es de 250-1.000 mg/d, dividido en 2-3 tomas. Se recomienda aumentar dosis cada 2-3 días, según tolerabilidad, hasta alcanzar rango terapéutico. En casos graves se puede iniciar con dosis altas (500 mg/12 h, ó 20 mg/kg) durante el primer día, pudiendo usarse la dosis de carga de 20 mg/kg para acelerar el inicio de su acción. La retirada se hará de forma gradual.

Antes de introducir valproato se realizará un examen físico completo, analítica con función hepática y renal, y prueba de embarazo.

La analítica y las pruebas hepáticas se realizarán mensualmente los 2-3 primeros meses, y después con frecuencia de 6-12 meses.

2.1.6. Contraindicaciones

- Absolutas: alergia al fármaco, insuficiencia hepática.
- Relativas: embarazo (aumenta riesgo de alteraciones en el tubo neural, malformaciones craneoencefálicas y malformaciones cardiovasculares), lactancia, enfermedad renal, y pacientes en tratamiento con warfarina y aspirina (potencia la actividad antihemostásica).

2.2. CARBAMAZEPINA

2.2.1. Farmacocinética

Se absorbe por vía oral de forma lenta e irregular. Tiene una vida media variable, debida a fenómenos de inducción enzimática a nivel hepático. Atraviesa BHE, placenta y se excreta por leche materna de forma reducida.

Presenta metabolización hepática (citocromo P450), transformándose en metabolitos activos; el más importante es el 10-11-epoxicarbamazepina, con efecto anticonvulsivante. Se elimina por vía renal.



Los niveles terapéuticos se consideran entre 6-12 mcg/ml, aunque existe mucha variabilidad individual.

↑ 2.2.2. Farmacodinamia. Interacciones farmacológicas

- Aumentan niveles de carbamazepina: antibióticos (ATB), antagonistas del calcio, vitaminas, derivados opiáceos, antidepresivos (ISRS, ISRNA).
- Disminuyen niveles de carbamazepina: anticonvulsivos.
- La carbamazepina disminuye la acción de otros fármacos como los ansiolíticos, algunos ATB, anticoagulantes, antidepresivos, neurolepticos y anticonceptivos orales.
- Aumenta la concentración sérica de: antidepresivos, antibióticos macrólidos, antagonistas del calcio, hipolipemiantes.

2.2.3. Indicaciones del fármaco

Útil en el trastorno bipolar, para fases maníacas o depresivas y en el mantenimiento (principalmente combinado con litio, siendo este tratamiento más eficaz que el de cada uno de los fármacos por separado).

Se ha observado una mejor respuesta en el caso de cicladores rápidos, presencia de problemas comórbidos como el abuso de tóxicos o la obesidad, en el trastorno de inicio temprano, presencia de un componente caracterial, episodios maníacos con gran componente disfórico, sintomatología psicótica no congruente, daño cerebral y/o EEG patológico, y en los casos refractarios al tratamiento con litio.

También es útil en las conductas irritables o agresivas de pacientes con esquizofrenia o con trastorno de personalidad, en la abstinencia alcohólica para evitar convulsiones, en la abstinencia a BZD, en el retraso mental, en la neuralgia del trigémino, y en los trastornos afectivos en pacientes con epilepsia.

↙ 2.2.4. Efectos adversos

A nivel de aparato digestivo puede aparecer sequedad de boca, estomatitis, molestias gástricas, diarrea o estreñimiento y toxicidad hepática. En SNC pueden

observarse somnolencia, irritabilidad, convulsiones, mareos, diplopía, visión borrosa, ataxia, nistagmus, vértigo, temblor, distonía y movimientos coreicos; en caso de intoxicación aguda se produciría estupor, coma, crisis comiciales y depresión respiratoria.

A nivel hematológico puede producir, por mecanismo idiosincrásico, diversas alteraciones, algunas poco frecuentes pero graves, como la agranulocitosis y la anemia aplásica; otras son más frecuentes pero menos graves como la leucopenia leve transitoria.

2.2.5. Utilización

La dosis de inicio es de 100-200 mg/12 h. Ir incrementando 200 mg cada 3-4 días, hasta llegar a la dosis de mantenimiento de 400-1200 mg/d. Los niveles plasmáticos son estables a los 4-6 días de mantener la misma dosis.

En ancianos o pacientes con afectación hepática, se administra la mitad de la dosis habitual.

Antes de administrar el fármaco realizar exploración física completa, y recoger antecedentes de patología hematológica, hepática, cardíaca y alergia a antidepresivos.

Se deben realizar revisiones funcionales periódicas cada 15 días los primeros 2 meses, y cada 3-4 meses para el tratamiento de mantenimiento.

↑ 2.2.6. Contraindicaciones

- Absolutas: alergia al fármaco o a ATD, antecedentes de depresión de médula ósea, existencia de bloqueos aurícula-ventriculares, porfiria y lactancia.
- Relativas: enfermedades hematológicas, hepáticas o cardíacas; control especial en pacientes con insuficiencia hepática, cardíaca o renal, y en glaucoma de ángulo cerrado.

2.3. OTROS EUTIMIZANTES

En las tablas 4 y 5 se describen brevemente otros anticonvulsivantes empleados en la actualidad en el tratamiento del trastorno bipolar. La mayoría son utilizados en asociaciones con alguno de los fármacos anteriormente descritos.

Tabla 4. Otros eutimizantes

Fármaco	Dosis	Indicaciones	Contraindicaciones	Interacciones	Efectos adversos
Lamotrigina	Inicio: 25 mg/d. Aumentar 25 mg/sem, hasta alcanzar la dosis eficaz (150-225 mg/d) en trastornos afectivos.	Episodios depresivos en el trastorno bipolar. Se puede usar en monoterapia como en tratamiento combinado. No eficaz en los cuadros de manía. Tratamiento de mantenimiento en trastornos bipolares, sobre todo para retrasar la aparición de fases depresivas. En depresiones resistentes, en combinación con otros fármacos.	No existen contraindicaciones absolutas. Precaución en la dosificación en el caso de insuficiencia hepática. Pueden aparecer malformaciones en el feto si se administra el primer trimestre del embarazo.	Aumentan la concentración de lamotrigina: valproato y sertralina. Disminuyen la concentración de lamotrigina: paracetamol, fenitoína, fenobarbital, primidona y carbamazepina.	Los más frecuentes son somnolencia, temblor, ataxia, diplopía o visión borrosa, náuseas, vómitos y erupciones en asociación con otros antiepilépticos. Las más graves y potencialmente letales son las de tipo dermatológico, con exantema y riesgo de desencadenar un síndrome de Stevens-Johnson en un 3% de los pacientes (aumenta el riesgo con los aumentos rápidos de medicación, el uso asociado de valproato, en niños, y si existen antecedentes de exantema).
Oxcarbapentina	Aumentar de forma progresiva hasta alcanzar la dosis terapéutica de 900-2.400 mg/d. Se recomienda administrarlo 2-3 veces al día.	Utilizado en la deshabitación a alcohol. En trastorno bipolar es útil en el tratamiento de la manía aguda. También se utiliza habitualmente en síndromes dolorosos.	Hipersensibilidad al fármaco. Aparece hipersensibilidad cruzada en el 25% de los casos de hipersensibilidad a carbamazepina.	Disminuye eficacia de anticonceptivos orales y de lamotrigina. Aumenta los niveles de fenobarbital y fenitoína.	Los más frecuentes son mareos, somnolencia, ataxia, náuseas, vómitos, diarrea y molestias en vías respiratorias altas. Suelen desaparecer con el tiempo. También puede producir diplopía o visión borrosa, hiponatremia, rash alérgico, fotosensibilidad, eczemas y alopecia.

Los antipsicóticos atípicos son eficaces en el control de las fases agudas del trastorno bipolar (manía, hipomanía, episodio mixto), pero también parecen ser

eficaces en el tratamiento profiláctico o de mantenimiento. Así, la olanzapina ha sido aprobada por la FDA como terapia de mantenimiento (tabla 4 y tabla 5).



Tabla 5. Otros eutimizantes

Fármaco	Dosis	Indicaciones	Contraindicaciones	Interacciones	Efectos adversos
Gabapentina	Inicio: 600-800 mg/d. Dosis eficaz: 1.200-2.400 mg/d.	Episodios maniaco, fobia social, trastorno de angustia, dolor neuropático.		Los antiácidos disminuyen su biodisponibilidad.	Somnolencia, fatiga, ataxia, vértigo y molestias gastrointestinales. Puede dar un ligero aumento de peso.
Levetiracetam	500-1.500 mg/d.	Cuadros depresivos y maniaco en paciente con trastorno bipolar.			Somnolencia, cansancio (no efectos sexuales ni en el peso). Cuadros psicóticos.
Topiramato	Inicio: 25 mg/d. Dosis eficaz: 100-400 mg/d (2 tomas).	Efecto antimaniaco. Reduce ansiedad en la adicción alcohólica, en el trastorno por atracones y en la bulimia. Trastornos de personalidad con componente impulsivo.		Disminuye niveles de valproato, litio, digoxina y de anticonceptivos orales. Carbamazepina, fenitoína y valproato disminuyen sus niveles.	Parestesias (los más frecuentes), alteraciones gastrointestinales, alteraciones cognitivas (dificultades en la concentración, memoria, disminución de la fluidez verbal), temblor, inestabilidad, ataxia, cálculos renales (raro), y disminución de peso.
Valpromida	Dosis: 1.200-1.800 mg/d en episodios maniaco; 900 mg/d en episodios depresivos; 600-1.200 mg/d como profilaxis de recurrencias.	Trastorno bipolar, trastornos ciclotímicos, melancolias recidivantes, episodios maniaco y trastornos depresivos.	Insuficiencia hepática.	Con depresores del SNC, provoca alteraciones del nivel de consciencia, confusión, alteraciones de la marcha, astenia, hipotonía e hipotensión ortostática.	Epigastralgia, náuseas, vómitos y estreñimiento. Temblor, somnolencia, ataxia y cefalea. Pueden aparecer trombopenia, prolongación del tiempo de hemorragia, leucopenia y aplasia medular.
Zonisamida	100-600 mg/d. 200-400 mg/d.	Cuadros depresivos y maniaco en pacientes bipolares. Anorexígeno.			

RECOMENDACIONES CLAVE

Aumentar paulatinamente la dosis hasta alcanzar rango terapéutico.

Realizar niveles plasmáticos y controles analíticos periódicos.

Litio:

- Conocer los síntomas y signos de intoxicación
- Advertir de la necesidad de realizar una dieta no libre de sal con adecuada ingesta hídrica.
- Contraindicar el uso de AINES.

Otros eutimizantes:

- Conocer efectos adversos e interacciones farmacológicas.

3. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Keck PE, McElroy SL. Litio y estabilizadores del estado de ánimo. En : Stein DJ, Kupfer DJ, Schatzberg AF. Textbook of mood disorders (I). Washington DC: Ed. American Psychiatric publishing, Inc. 2006:253-260.

Nierenberg A.A, Ostacher MJ, Delgado PL, et al. Fármacos antidepresivos y antimaníacos. En: Gabbard GO. Tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Tomo I. Barcelona: Ed. Ars Médica. 2008:373-394.

Penella Azanza R, Cañete Nicolás C. En: Estabilizadores del humor. Cámara Teruel JM, Cañete Nicolás C, Dualde Beltrán F. Manual de psicofarmacoterapia. Madrid: Ed. Entheos. 2006:237-275.

Schatzberg AF, Cole JO, DeBattista C. Estabilizadores del ánimo. En: Schatzberg A F, Cole JO, DeBattista C. Manual de Psicofarmacología Clínica. GSK. 2008:255-336.

Stahl S M. Nuevos antidepresivos y estabilizadores del estado de ánimo. En: Stahl SM. Psicofarmacología esencial. Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas. Barcelona: Ed. Ariel Neurociencia. 2002:264-326.

4. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Akiskal HS, Tohen M. Psicofarmacoterapia en el trastorno bipolar. Madrid: Ed. John Wiley and Sons, Ltd. 2008.

Fountoulakis KN, Vieta E. Treatment of bipolar disorder: a systematic review of available data and clinical perspectives. International Journal of neuropsychopharmacology. 2008;11:999-1029.

Geddes JR, Calabrese JR, Goodwin GM. Lamotrigine for treatment of bipolar depression: independent meta-analysis and meta-regression of individual patient data from randomised trials. British Journal of Psychiatry. 2009;194(1):4-9.

Piñero MV. Efectos Secundarios de los tratamientos psiquiátricos. En: Chilchilla A. Manual de urgencias psiquiátricas. Barcelona: Ed. Masson. 2003:475-544.

Soutullo C. Enfermedad Bipolar en niños y adolescentes: actualización para atención primaria. Psiquiatría y atención primaria. 2004;5(2):3-13.





69. OTROS PSICOFÁRMACOS DE UTILIZACIÓN FRECUENTE



Autoras: **Maeva Fernández Guardiola y Pilar Elías Villanueva**
Tutor: **Miguel Á. de Uña Mateos**
Hospital Royo Villanova. Zaragoza

CONCEPTOS ESENCIALES

Este capítulo es una obligada miscelánea de grupos heterogéneos de fármacos que tienen un papel importante en el tratamiento de patologías de gran importancia epidemiológica, como son las demencias o algunos trastornos adictivos.

1. FÁRMACOS INDICADOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEMENCIA

La Enfermedad de Alzheimer (E.A.) y por extensión las demencias, se han constituido en un problema epidemiológico de primera magnitud. El descubrimiento del papel de la disminución de la acetilcolina y de la destrucción de las vías colinérgicas en la patogenia de la E.A., dio paso a la *hipótesis colinérgica*, que ha logrado todo un conjunto de avances farmacológicos, con la consolidación de los inhibidores de la acetilcolinesterasa como fármacos paliativos del deterioro cognitivo y conductual de la E.A. El conocimiento de la alteración de otros neurotransmisores y de otras vías, ha dado lugar a otras teorías sobre la patogenia de la demencia, como la *teoría glutamínérgica* que ha dado lugar a otros fármacos como es el caso de la memantina.

1.1. DONEPECILO

Farmacocinética. Perfil farmacocinético lineal y predecible con el margen de dosis utilizado en terapéutica. Acción prolongada, permite una administración única diaria.

Farmacodinamia. El mecanismo de acción es la inhibición reversible de la AchE y secundariamente, de la butirilcolinesterasa.

➡ Puede aumentar la secreción ácida gástrica, recomendándose especial precaución en pacientes

con úlcera, y sí se administra con AINES y/o corticoides.

Su acción colinomimética conlleva precaución en pacientes con antecedentes de asma, EPOC, síndrome del seno enfermo y otros trastornos de la conducción cardíaca.

Puede interactuar con relajantes anestésicos tipo succinilcolina, potenciando sus efectos y/o prolongando su acción. La fenitoína, carbamacepina, dexametasona, rifampicina y fenobarbital pueden aumentar sus niveles. Usarse con precaución con fármacos con actividad colinomimética, como succinilcolina o betanecol. Con fármacos que tienen actividad antagonista colinérgica es contraproducente su uso.

Indicaciones terapéuticas. Sólo está probado en el tratamiento de la demencia leve a moderada del tipo alzheimer, siendo la dosis recomendada de 10 mg/d.

➡ Como el resto de los anticolinesterásicos se recomienda mantener el tratamiento si el paciente gana ≥ 3 puntos en seis semanas en el MMSE, o ≤ 4 puntos en 6-16 semanas. Tal vez no se produzca esa mejoría objetiva, pero debemos mantenerlo si el paciente está más participativo, desaparecen los síntomas psicóticos, existe satisfacción por parte de sus cuidadores, o si se produce un empeoramiento



to de la conducta del paciente cuando se retira el tratamiento.

Efectos adversos comunes a los inhibidores de acetilcolinesterasa

Frecuentes: náuseas, vómitos, diarrea, insomnio, agitación fatiga. Suelen ser tolerables y se resuelven espontáneamente.

Infrecuentes: bradicardia, calambres musculares, rubefacción, rinitis, hipersalivación en dosis altas.

Todos ellos son desaconsejables en embarazo y lactancia

Posología. Tratamiento inicial con 5 mg/d en administración única diaria (preferentemente nocturna) y tras 4-6 semanas, se aumenta la dosis a 10 mg/d. Se minimizan así los efectos secundarios colinómiméticos. El abandono brusco carece de efectos adversos o síntomas de privación, pero la ganancia obtenida revierte.

1.2. GALANTAMINA

Farmacocinética. Absorción gastrointestinal, con concentraciones máximas en 1 hora. Presenta una baja fijación a proteínas plasmáticas. Es parcialmente metabolizada (75%) por el citocromo P-450. La semivida de eliminación es de 6-8 horas, la mayor parte excretada a través de la orina.

Farmacodinamia. La acción sobre la neurotransmisión colinérgica se produce gracias a un doble mecanismo: modulación del receptor nicotínico de la acetilcolina y por inhibición competitiva y reversible de la acetilcolinesterasa.

Contraindicado en insuficiencia hepática o renal grave. Utilizarse con precaución en pacientes que precisan anestesia, o se someten a cirugía gastrointestinal o vesical; epilepsia, obstrucción gastrointestinal o retención urinaria, úlcera gastrointestinal, Enfermedad de Parkinson, asma grave, cardiopatías graves o hipertensión no controlada.

Indicaciones terapéuticas. Enfermedad de Alzheimer en estadios leves o moderados. ➡ Los síntomas cognoscitivos parecen mejorar cuando se alcanza una dosis adecuada, alcanzándose su pico máximo al

cabo de 3 meses. Su uso puede mejorar el declive de la autonomía funcional y los síntomas conductuales de la demencia.

Utilización. Se recomienda iniciar el tratamiento con 8 mg/d repartidos en dos tomas durante 4 semanas. Posteriormente se puede duplicar la dosis otras 4 semanas, y si no se aprecia mejoría clínica se puede alcanzar dosis de 24 mg/d.

Se recomienda administrarlo con las comidas o con leche para minimizar los efectos secundarios colinérgicos.

Los síntomas de sobredosis son los propios de intoxicación por colinómiméticos.

1.3. RIVASTIGMINA

Farmacocinética. Absorción oral rápida y completa, con concentración máxima a las 0,8-1,6 horas de su administración. Inactivada por la AchE, se elimina rápidamente por excreción renal. Semivida de 2 horas, pudiendo durar su acción hasta 10 horas.

Farmacodinamia. Provoca inhibición tanto de AchE, como de butirilcolinesterasa, aumentando así la concentración de acetilcolina en la sinapsis.

Interacciones: con anticolinérgicos, colinérgicos, succinilcolina y AINES.

Indicaciones terapéuticas. Enfermedad de Alzheimer leve moderada (única indicación aprobada).

➡ Su uso en dosis altas (6-12 mg/d) está asociado con beneficios en la función cognitiva y en la actividad de la vida diaria a las 26 semanas.

Posología. Dosis inicial por vía oral de 1,5 mg cada 12 horas. Si se tolera bien, cada de 2 semanas de tratamiento podrá incrementarse de forma escalonada a 3, 4, 5 y 6 mg cada 12 horas. En pacientes con alteraciones gastrointestinales puede ser preferible un aumento más lento de la dosis.

➡ El tratamiento con parches se inicia con 4,6 mg/d. Tras 4 semanas de tratamiento puede aumentarse a 9,5 mg/d, dosis terapéutica recomendada.

1.4. MEMANTINA

Farmacocinética. Metabolizada rápidamente, la mayor parte se excreta sin modificar vía urinaria. La vida media de eliminación es de 60-80 horas. Provoca una inhibición mínima de los enzimas CYP450.

Farmacodinamia. Antagonista del receptor NMDA.

Interacciones medicamentosas:

- No interacciona con fármacos que se metabolizan por enzimas CYP450.
- Con fármacos que aumentan el pH urinario (inhibidores de la anhidrasa carbónica, bicarbonato sódico) pueden reducir la eliminación de memantina y aumentar sus niveles plasmáticos.
- ➡ No interacciona con los inhibidores de la colinesterasa.

Indicaciones terapéuticas Demencia leve-moderada de tipo Alzheimer. Deterioro cognitivo leve. Fuera de la indicación psiquiátrica, se utiliza como paliativo del dolor crónico.

Efectos adversos. Los más frecuentes son discinesia, cefaleas y estreñimiento.

Utilización. Iniciar tratamiento con dosis de 5 mg/d, pudiendo incrementar 5 mg cada semana. Dosis mayores de 5 mg/d deben administrarse de forma repartida. La dosis máxima es de 20 mg dos veces al día.

Utilización en poblaciones especiales. Ajustar las dosis en insuficiencia renal. No se recomienda su uso en embarazo ni en lactancia.

2. FÁRMACOS ESTIMULANTES DEL SNC

2.1. METILFENIDATO

2.1.1. Farmacocinética

Efecto terapéutico a los 20 min de la toma oral (máximo a las 1-2, 5 horas).

➡ Vida media corta, apenas 2,5 horas. El metilfenidato de liberación prolongada con una vida media más prolongada, permite tomarlo sólo una vez al día. Su metabolismo es hepático.

2.1.2. Farmacodinamia

Actúa liberando dopamina de las terminaciones dopaminérgicas presinápticas.

Interacciones farmacológicas: ➡ IMAOs, precisando un período de lavado de al menos 14 días; ADT. Antihistamínicos. Benzodiazepinas; antidepresivos; litio; fenitoína; fenobarbital; clonidina (existe riesgo de muerte súbita).

➡ 2.1.3. Indicaciones terapéuticas

TDAH en niños adolescentes y adultos. Trastorno de conducta comórbido con TDAH. Dependencia de cocaína. Depresión refractaria al tratamiento. Aumenta los efectos de los ADT en dosis inferiores a las utilizadas para el tratamiento del TDAH.

Indicaciones no estrictamente psiquiátricas: narcolepsia; obesidad (indicación fuera de toda norma); fatiga por enfermedad médica crónica; afasia tras sufrir un ACV.

2.1.4. Dosificación

Niños y adolescentes: la dosis terapéutica habitual suele oscilar entre 0,3 y 0,7 mg/kg cada toma (2-3 tomas) con una dosis diaria total de 0,6-2,1 mg/kg. La dosis máxima recomendada es 60 mg/d.

Adultos: dosis media de 20-30 mg/d (oscila entre 10 y 60 mg)

2.1.5. Contraindicaciones

Hipersensibilidad al fármaco. Uso con IMAO. Psicosis (relativa). Tics o síndrome de Gilles de la Tourette. Glaucoma. Dependencia de drogas.

Hay que tener precaución en su empleo en: depresión. Trastornos convulsivos.

2.1.6. Efectos adversos

Frecuentes: insomnio, anorexia, náuseas, dolor abdominal, cefalea, vómitos, irritabilidad, labilidad afectiva, taquicardia y cambios en la TA. La mayoría de estos síntomas van disminuyendo progresivamente, si bien los efectos cardiovasculares pueden persistir.



En niños en tratamiento con esta sustancia, no se ve incrementado el riesgo de conducta adictiva.

2.1.7. Utilización

Se inicia con 5 mg una o dos veces al día, generalmente antes de las comidas, con incrementos graduales en función de la respuesta.

► Metilfenidato de liberación sostenida (sistema osmótico): dosis inicial de 18 mg/d con incrementos semanales en función de la respuesta, hasta un máximo de 54 mg/d.

Sobredosis: realizar lavado gástrico, previamente puede administrarse un barbitúrico de acción corta.

2.1.8. Utilización en poblaciones especiales

Evitar su uso en embarazo y lactancia, dado que puede atravesar la barrera placentaria. Precaución en niños con edad inferior a los seis años.

2.2. CAFÉINA

Interesa su efecto estimulante sobre el SNC, y su interacción con fármacos que inhiben, inducen o se metabolizan en el citocromo P450

2.2.1. Farmacocinética

Buena absorción oral, uniéndose a proteínas plasmáticas en 17-36%. La concentración plasmática máxima se logra a los 30-60 minutos. Semivida plasmática de 3-7 horas en adultos y 80-100 en recién nacidos. Atraviesa la barrera hematoencefálica, la placenta y aparece en la leche materna.

Se metaboliza en el hígado por el citocromo P450, produciendo tres metabolitos: paraxantina, teobromina y teofilina. Se elimina vía renal el 1% sin metabolizar.

2.2.2. Farmacodinamia

Es un antagonista competitivo de los receptores de adenosina en dosis bajas e inhibe las fosfodiesterasas.

► Tiene efectos estimulantes sobre el SNC; efectos cardíacos inotrópico y coronotrópico positivos;

produce vasoconstricción cerebral y vasodilatación periférica; estimula el músculo esquelético, relaja el músculo liso; incrementa la secreción ácida gástrica, aumenta la diuresis y estimula la glucogenolisis y la lipólisis. Interacciona con fármacos que inhiben, inducen o se metabolizan en el citocromo P450.

2.2.3. Indicaciones terapéuticas y dosis recomendadas

Su indicación fundamental es la de estimulante del SNC, incrementando la alerta, la actividad mental y reduciendo la sensación de fatiga. La dosis es de 100-250 mg vo.

2.2.4. Efectos adversos

Su consumo moderado (<300 mg/d) no provoca daños para la salud. En dosis altas (>500 mg/d) puede causar nerviosismo, alteración del sueño, temblor y contracciones musculares, alteraciones gastrointestinales, aumento de diuresis, palpitaciones, taquicardia, arritmias, aumento de TA, taquipnea, hiperventilación y rubefacción. El consumo prolongado desarrolla tolerancia y su interrupción o reducción brusca puede desencadenar síntomas de abstinencia.

► Ingestas superiores a 1 g o 15 mg/kg. pueden provocar síntomas de toxicidad aguda. La ingestión de 5-10 g puede resultar letal.

2.2.5. Utilización en poblaciones especiales

Uso restringido en pacientes con alteraciones cardiovasculares graves, úlcera péptica, epilepsia, diabetes, hipertensión e insuficiencia hepática.

Clasificada por la FDA en la categoría C. Un consumo excesivo se ha relacionado con bajo peso al nacer, prematuridad o aborto. Limitar la ingesta en la lactancia.

3. FÁRMACOS NOOTROPOS

Conjunto heterogéneo de sustancias con un rasgo común: proteger la célula, enlenteciendo el metabolismo celular, antioxidantes y preservadoras de las membranas celulares. Todos ellos se encuentran bajo sospecha respecto a su eficacia, sobre todo en demencias, donde tienen que ser fármacos de segunda línea.

3.1. DERIVADOS ERGÓTICOS (tabla 1)

3.2. CITICOLINA

Aumenta la síntesis de acetilcolina, actuando aparentemente como agonista colinérgico directo. Tiene un efecto protector de membranas, vasoactivo, antiagregante y dopaminérgico.

3.2.1. Mecanismo de acción

Se metaboliza en pared intestinal e hígado, acumulándose la mayor parte en tejidos o se utiliza en la síntesis de fosfolípidos.

3.2.2. Indicaciones psiquiátricas y posología

➔ E. de Alzheimer con dosis de 1.000 mg/d, con resultados controvertidos respecto a su eficacia. Demencia multiinfarto

Discinesia tardía, también con resultados controvertidos.

3.2.3. Efectos adversos

Frecuentes: náuseas, vómitos, mareo, fatiga y cefalea. No se han descrito interacciones, ni toxicidad en embarazo o lactancia.

3.3. PIRACETAM

Derivado del GABA, neuroprotector sin efecto sedativo. Aumenta los niveles de ATP cerebral por transformación de ADP, estimulando la transmisión colinérgica, la liberación de dopamina y tiene un marcado efecto antimioclónico

3.3.1. Mecanismo de acción

Alcanza niveles plasmáticos con gran rapidez tras su ingestión. Se excreta en su mayor parte por orina sin modificación.

3.3.2. Indicaciones psiquiátricas y posología

Adicción al alcohol y a derivados opiáceos, con dosis de 12-24 g/d, probándose mejoría del deterioro cognitivo.

Enfermedad de Alzheimer con resultados controvertidos respecto a su eficacia.

3.3.3. Efectos adversos

Con dosis altas se presentan náuseas y dolor abdominal. En niños (tratamiento del espasmo de sollozo), se ha descrito irritabilidad, insomnio y agitación.

Tabla 1. Derivados ergóticos

	DIHIDROERGOTAMINA	NICERGOLINA
Indicaciones y utilización	<ul style="list-style-type: none"> - Hipotensión inducida por fármacos (antipsicóticos, antidepresivos): dosis de 5-30 mg. - Xerostomía por tricíclicos: dosis 5-10 mg. - Migraña prolongada: dosis 1-4 mg. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demencia: dosis 40-50 mg. - ACV isquémico: dosis 40 mg/d.
Reacciones Adversas	Ergotismo, náuseas, vómitos, prurito, fibrosis pleuropulmonar.	Disminuye viscosidad hemática, hipotensión, náuseas, diarreas, fibrosis pleuropulmonar, eritema y urticaria.
Interacciones	Evitarse el uso concurrente de moléculas que utilicen como vía de metabolización el citocromo P-450 CYP3A4.	Evitar por potenciación: <ul style="list-style-type: none"> - Anticoagulantes/antiagregantes. - Hipotensores. - Sedantes. - Alcohol.



➡ Cautela en su utilización en ancianos plurimedicados y en insuficiencia renal. Interfiere con dicumarínicos, con el riesgo de hemorragia adyacente.

4. FÁRMACOS PARA DESINTOXICACIÓN/ DESHABITUACIÓN DE OPIÁCEOS

4.1. NALTREXONA

Farmacocinética. Absorción: 95% en el aparato gastrointestinal. Concentración plasmática máxima en 1 hora. Inicio de acción a los 15-30 minutos. Vida media: de 8 -10 horas. Metabolismo hepático. Excreción renal 95%.

Farmacodinamia. Es un antagonista opiáceo puro, que actúa competitivamente en los receptores opiáceos.

Interacciones. Los fármacos que alteran el metabolismo hepático podrían aumentar o disminuir las concentraciones plasmáticas de naltrexona. Además, puede incrementar las necesidades de insulina en pacientes diabéticos.

Indicaciones terapéuticas y dosis recomendadas.

➡ Dependencia de opiáceos: disminuye las conductas de búsqueda de opiáceos, debido a la extinción del refuerzo positivo. Dosis habitual 25 mg el primer día y 50 mg/d los siguientes.

➡ Dependencia de alcohol: dosis 50 mg/d durante periodos largos, al menos de 6-12 meses.

- Desintoxicación rápida o ultrarrápida de opiáceos. El objetivo es minimizar el tiempo de duración de la desintoxicación y controlar los síntomas del síndrome de abstinencia. La denominada pauta de antagonización rápida ambulatoria se realiza con implante subcutáneo de naltrexona. Los niveles sanguíneos efectivos se mantienen durante 8-11 semanas.

Efectos adversos. Frecuentes: dolores abdominales, náuseas, vómitos, cefaleas, laxitud, anergia, insomnio, ansiedad, dolores musculares y articulares.

➡ Puede causar hepatotoxicidad sobre todo en dosis elevadas.

Utilización. ➡ Se recomienda realizar pruebas de función hepática antes de su uso y posteriores controles mensuales. Además hay que verificar en analítica de orina que no existen opiáceos y confirmarlo posteriormente mediante la prueba de la naloxona.

Utilización en poblaciones especiales. No hay estudios controlados sobre sus efectos en el embarazo, únicamente debe prescribirse cuando sus beneficios justifiquen los posibles riesgos en el feto.

- Contraindicado en hepatitis aguda o insuficiencia hepática.
- Evitar uso concomitante con cualquier tipo de preparado farmacológico opiáceo.
- Si se precisa realizar cirugía deberá abandonarse el tratamiento durante 48 horas.

5. FÁRMACOS PARA LA DESHABITUACIÓN DE ALCOHOL

5.1. INHIBIDORES DE ALDEHÍDO-DESHIDROGENASA

Fármacos que durante la metabolización del alcohol, inhiben la aldehidodeshidrogenasa, enzima que oxida el acetaldehído transformándolo en ácido acético, lo que provoca el aumento de acetaldehído y el efecto tóxico –o “antabús– que puede reforzar la “aversión” al alcohol, denominándose por ello, fármacos “aversivos”. Náuseas, vómitos, rubefacción, disnea, taquicardia, cefalea, hipotensión, constituyen el efecto “antabús”. Puede llegarse a arritmias, IAM, insuficiencia respiratoria y/o circulatoria, shock, convulsiones y muerte.

5.1.1. Cianamida cálcica

Farmacocinética. Por vía oral, su concentración plasmática se alcanza en pocos minutos, con una biodisponibilidad proporcional a la dosis (máxima con 1 mg/kg). Metabolización hepática y excreción renal.

Farmacodinamia. Inhibición de la aldehidodeshidrogenasa, máxima a las dos horas de la ingestión y

normalizándola actividad enzimática a las 24 horas, motivo por el cual se exigen dos dosis diarias.

Indicaciones terapéuticas. Tratamiento de la dependencia de alcohol, en dosis de 18 a 40 mg/d cada 12 horas, conteniendo cada gota 3 mg. de cianamida. El inicio del tratamiento exige una abstinencia previa de al menos 12 horas.

➡ **Contraindicaciones.** La hipersensibilidad a la cianamida. Reacciones cutáneas que ser cuidadosos en la advertencia al paciente de la presencia posible de alcohol en alimentos o medicamentos, dada la posibilidad de una reacción aversiva que incrementa el riesgo si se sufre asma, DM, enfermedades cardiovasculares o epilepsia.

Reacciones adversas. Frecuentes: somnolencia, fatiga, acúfenos. Las dermatitis son relativamente frecuentes. Leucocitosis transitoria. Raramente agranulocitosis. Hipotiroidismo tras un tratamiento prolongado. Hepatotoxicidad.

⬆ **Es preciso realizar en pacientes que toman cianamida en períodos prolongados:** control hematológico, hepático, tiroideo.

Interacciones farmacológicas. Antidepresivos, benzodiazepinas y sobre todo con otros inhibidores de aldehidodeshidrogenasa.

5.1.2. Disulfiram

Farmacocinética. Por vía oral se absorbe rápidamente, con biodisponibilidad del 80-90%. Semivida muy prolongada de 60 a 120 horas, metabolizándose en hígado y excretándose en orina. ➡ Importante el hecho de que la reacción aversiva puede aparecer al cabo de 3 a 12 horas tras la ingesta de alcohol. Existe un 20% de disulfiram que permanece en el organismo más de 6 días, lo que explica las reacciones tardías tras la ingesta de alcohol.

Farmacodinámica. Inhibición prolongada del enzima aldehidodeshidrogenasa, provocando la acumulación de acetaldehído el efecto "antabús", aunque todavía se discute el verdadero responsable del efecto aversivo. Su metabolito, dietilditiocarbamato, inhibe la síntesis de Na, incrementando la Da, lo que explica la posibilidad de sufrir un trastorno psicótico por parte de los pacientes en tratamiento con disulfiram.

Indicaciones terapéuticas y posología. ➡ Dependencia alcohólica, tras una abstinencia al menos de 12 horas. La dosis inicial es de 250-500 mg/d, siguiendo el mantenimiento con 250 mg/d. Las pautas de implante subcutáneo (1 g) y de liberación prolongada (2 g), no están avaladas por estudios suficientes, y la variabilidad individual les hace potencialmente peligrosas.

Contraindicaciones. Hipersensibilidad a la sustancia, enfermedad cardiovascular, psicosis. Precaución en dermatitis de contacto, DM, epilepsia, hipotiroidismo, insuficiencia hepática y renal.

➡ **Efectos secundarios.** Frecuentes la somnolencia y fatiga. La elevación de enzimas hepáticas, siendo infrecuentes las hepatopatías graves. Halitosis y sabor metálico. Frecuente elevación de colesterol en sangre. Menos frecuentes: alteraciones de ritmo cardíaco, disfunción sexual, dermatitis.

⬆ **Es preciso realizar controles hematológicos por el riesgo de discrasias sanguíneas; control hepático por la posibilidad de hepatopatía, suspendiéndose el tratamiento si se elevan las transaminasas tres veces su valor normal.**

Interacciones. Muy intensa –además del alcohol– en el caso de preparados con propilenglicol (se utiliza como humectante en fármacos y alimentos, lubricante genital, solvente...). Interacción moderada con dicumarínicos, fenitoína, ADT, benzodiazepinas, cafeína, THC, omeprazol, isoniazida.

5.2. AGONISTA Y ANTAGONISTA GLUTAMINÉRGICO

5.2.1. Acamprosato

La ingesta de alcohol supone la desadaptación del sistema glutamato y GABAérgico. La abstinencia provoca una hiperactividad de los aminoácidos excitadores, provocando el fenómeno que denominamos *craving*.

El acamprosato actúa como agonista GABA y antagonista de receptores NMDA del glutamato, atribuyéndose a este último efecto su efecto *anticraving*. Posiblemente también actúa sobre el sistema de recompensa opioides. Ambos efectos mejoran los síntomas ligados a la hiperexcitabilidad neuronal.



Farmacocinética y farmacodinámica. Administrado por vía oral, siempre en ayunas, con absorción idiosincrásica. Alcanza niveles plasmáticos tras varios días de tratamiento. No tiene interacciones relevantes con ningún fármaco, ni con alcohol.

Indicaciones terapéuticas y posología. ➡ Deshabitación alcohólica, dado su papel para combatir el *craving*. Este efecto no es notorio hasta que pasan varias semanas, y el tratamiento debe mantenerse al menos un año.

➡ Buena opción en terapia combinada con disulfiram. Posiblemente tenga un papel similar en la deshabitación a cocaína.

Reacciones adversas. No existen apenas, salvo diarrea en el inicio. Menos frecuente: cefalea, insomnio, disminución de la libido. Contraindicado en embarazo, lactancia, litiasis renal e insuficiencia renal.

RECOMENDACIONES CLAVE

Utilizar los fármacos para el tratamiento de la demencia, considerando que lo hacemos sobre pacientes frecuentemente polimedicados.

Utilizar los nootropos en sus precisas indicaciones.

No olvidar la presencia en la panoplia psicofarmacológica de los estimulantes.

Los tratamientos aversivos son fundamentales, pero sólo son una parte de la atención a las drogodependencias.

6. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Sthal SM. Essential Psychopharmacology. The Prescriber's Guide. Ed. Cambridge University Press. 2005, 2006.

Sthal SM. Sthal's Essential Psychopharmacology. Neuroscientific Basis and Practical Applications. Ed. Cambridge University Press. 2008.

Salazar M, Peralta C, Pastor J. Manual de Psicofarmacología: bases y aplicación clínica. Ed. Panamericana. 2005.

Kaplan & Sadok. Manual de Psiquiatría Clínica, 4ª ed. Ed. Masson-Salvat. 2008.

Schatzberg AF, Nemeroff CB. Tratado de Psicofarmacología. Ed. Masson. 2005.

7. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Glenn OG. Tratamiento de los Trastornos Psiquiátricos 2 tomos. Ed. Ars Médica. 2009.

Lorenzo P, Ladero JM, Lez JC, Lesazoín I. Drogodependencias. Ed. Panamericana. 3ª ed. 2009.

American Psychiatry Association. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Compendio 2008. Guía de consulta rápida. Ed. Ars Médica. 2008.

Sociedad Española de Toxicomanías, SET Tratado SET de Trastornos Adictivos. Ed. Panamericana. 2006.

Förstl H, Maelicke A, Weichel C. Demencia. Ed. J&C Ediciones Médicas. 2007.



70. ESTRATEGIAS FARMACOLÓGICAS ANTE LA RESPUESTA INSUFICIENTE



Autores: Ana Martín, Rosa Blanca Sauras y Ferrán Viñas

Tutora: Josefina Pérez Blanco

Hospital de La Santa Cruz y San Pablo, Barcelona

CONCEPTOS ESENCIALES

Resistencia al tratamiento: respuesta insuficiente a la monoterapia con un fármaco de primera elección (dos de familias distintas en el caso de los trastornos psicóticos) a dosis eficaces durante un tiempo adecuado.

Estrategias:

- Optimización: aumentar las dosis del fármaco hasta la máxima recomendada o tolerada por el paciente, durante el tiempo suficiente (hasta 8-10 semanas).
- Potenciación: añadir un fármaco que pueda aumentar la potencia del primer tratamiento.
- Combinación: añadir un fármaco cuyo mecanismo de acción complemente el del tratamiento en curso.
- Sustitución: cambiar el tratamiento en curso por otro de mecanismo de acción distinto.

1. INTRODUCCIÓN

Denominamos trastornos resistentes al tratamiento a aquéllos que no responden a la monoterapia con un fármaco de primera elección a dosis eficaces durante un tiempo adecuado.

El primer paso antes de catalogar un trastorno como resistente consiste en corroborar que no nos hayamos equivocado de diagnóstico; una vez confirmado, deberíamos descartar que no existan otras patologías psiquiátricas o médicas que dificulten el tratamiento y por ello sea resistente a las estrategias habituales, así como que la clínica no esté provocada por un fármaco (en cuyo caso, a ser posible, deberíamos suspenderlo).

↑ Tampoco debemos olvidar comprobar que tanto la dosis como la duración del tratamiento son ade-

cuadas, y, siempre que sea posible, determinar unos niveles plasmáticos del fármaco, pues éstos pueden ser menores de los esperado (p. ej., metabolizador rápido, inducción enzimática) o hasta inexistentes (recordemos que no es despreciable el porcentaje de pacientes que incumplen el tratamiento).

A lo largo de este capítulo iremos exponiendo las diferentes estrategias que se han desarrollado ante la resistencia terapéutica en los trastornos psiquiátricos más frecuentes. Previo a ello, dado que muchas de estas estrategias se basan en la asociación de fármacos, consideramos apropiado hacer un breve repaso sobre algunos detalles que nos ayudarán a hacerlo de forma coherente. Es primordial recordar que el objetivo de la combinación es obtener diferentes mecanismos de acción y/o favorecer sinergias entre ellos; hemos de tener siempre presentes las posibles interacciones farmacológicas, que no han de porqué



ser siempre negativas (por ejemplo, un fármaco puede contrarrestar los efectos secundarios del otro, o un inhibidor enzimático –como la fluoxetina– puede emplearse para aumentar los niveles sanguíneos de otro fármaco que se metabolice por el mismo enzima).

↑ A continuación exponemos unas tablas que pueden ayudar a la hora de asociar psicofármacos, basándonos en cómo interactúan (tabla 1) y en los mecanismos de acción (tablas 2 y 3), todo ello de forma muy simplificada, para que sean lo más prácticas posible.

Por último, tampoco hemos de olvidar otro posible mecanismo de interacción de los fármacos, que es a través de su unión con las proteínas plasmáticas. Esto es especialmente importante en el caso de los antipsicóticos, pues tienen un elevado porcentaje de unión, con lo que pueden desplazar a otros fármacos que también se unan, disminuyendo el efecto de éstos.

2. DEPRESIÓN

El concepto de depresión resistente (DR) nace a finales de los años 60, una vez completados los ensayos de eficacia para la imipramina y tricíclicos derivados.

Desde entonces, se han formulado distintas definiciones; la más aceptada actualmente es la siguiente: “denominamos DR a aquella depresión unipolar primaria que no responde a 300 mg de imipramina o antidepresivos tricíclicos equivalentes, ni a IMAO, con un tiempo mínimo de espera de respuesta de 6 semanas y siempre que se asegure el cumplimiento terapéutico”. La importancia de conocer qué es y qué hacer ante una DR se sustenta en el hecho de que un 30-40% de los pacientes no responden al primer tratamiento, y un 5-10% no responderán a estrategias terapéuticas más agresivas.

A continuación indicamos, de forma esquemática, los pasos a seguir ante una DR.

2.1. EVALUACIÓN DE DEPRESIÓN RESISTENTE

Como ya se ha comentado en la introducción del capítulo, el primer paso a seguir consiste en comprobar que no nos hayamos equivocado de diagnóstico o existan otras causas externas que estén influyendo en el hecho de que sea resistente (comorbilidad, fármacos). En el caso concreto de la depresión, también hemos de descartar que no se trate de un subtipo concreto de depresión que requiere un tratamiento específico. En la tabla 4 se resume todo ello.

Tabla 1. Metabolismo hepático de los psicofármacos

	1A2	2D6	3A4	2C9/19
Sustratos	ADT (MA). Clozapina. Olanzapina.	ADT (MI). ISR. Clozapina. Olanzapina. Risperidona. Aripiprazol. Antipsicóticos típicos.	BZD. Carbamacepina. Clozapina. Quetiapina. Ziprasidona. Sertindol.	Diazepam.
Inhibidores	Fluvoxamina.	↑: Fluoxetina, paroxetina. ↓: Fluvoxamina, sertralina, citalopram.	Fluoxetina. Fluvoxamina. Nefazodona.	Fluoxetina. Fluvoxamina. Oxcarbacepina. Valproato.
Inductores			Carbamacepina. Oxcarbacepina ↓.	

ADT: tricíclicos. ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. BZD: benzodiazepinas.

MA: tiene metabolitos activos. MI: sus metabolitos no son activos. ↑: potente. ↓: débil.

Tabla 2. Mecanismo de acción de los antidepresivos

Serotonina	Noradrenalina	Dopamina
Selectivos: ISRS: inhiben recaptación. + selectivo: (es)citalopram. + sedante: fluvoxamina. + activadores: fluoxetina, sertralina. + anticolinérgico: paroxetina.	Selectivos: Reboxetina: inhibe recaptación. No selectivos: Nortriptilina. Maprotilina. Desipramina.	Bupropion: inhibe recaptación DA > NA.
Venlafaxina, duloxetina: inhiben recaptación 5HT y NA. Venlafaxina: <225 mg/d: 5HT; >225 mg/d: 5HT+NA; >500 mg/d: 5HT+NA+DA. Duloxetina: 5HT = NA.		
Mirtazapina, mianserina: bloqueo R α 2. Trazodona: bloqueo 5HT2A > IRS, IRN...		
Tricíclicos: (también bloqueo muscarínico, adrenérgico e histaminérgico). Imipramina: NA > 5HT. Clomipramina: 5HT > NA.		
Inhibidores de la MAO: No selectivos: IMAOs (fenelcina, tranilcipromina: irreversibles). Selectivos MAO-A: RIMA (moclobemida: reversible).		

5HT: serotonina. NA: noradrenalina. DA: dopamina. IRS: inhibición recaptación 5HT. IRN: inhibición recaptación NA. RIMA: inhibidores de la MAO-A reversibles.

Tabla 3. Mecanismo de acción de los antipsicóticos

Bloqueo D2		Bloqueo 5HT2 > D2	
AP típicos	AP atípicos	Antagonistas 5HT-DA	Multirreceptor
También bloquean otros R dopaminérgicos y bloqueo muscarínico, adrenérgico e histaminérgico.	Amisulpride: antagonista D2 / D3. Aripiprazol: agonista parcial (agonista si hipoactividad dopaminérgica y antagonista si hiperactividad. Neuromodulador).	Risperidona. Paliperidona. Ziprasidona. Sertindol.	Clozapina: D2 ↓↓↓. Olanzapina. Quetiapina.

2.2. ESTRATEGIAS FARMACOLÓGICAS

Contamos con 4 tipos de estrategias; la elección de una u otra dependerá de diversos factores, como si ha habido o no respuesta a la primera estrategia, o cuál es la sintomatología predominante en el cuadro.

2.2.1. Optimización

Consiste en forzar la dosis hasta la máxima recomendada o tolerada por el paciente, así como en prolongar la duración del tratamiento sin modificaciones hasta 8-10 semanas.

Tabla 4. Evaluación del diagnóstico de depresión resistente

DIAGNÓSTICO	Se ha visto que tras 5 años de evolución sólo el 60% de los pacientes diagnosticados de episodio depresivo mayor resistente mantienen dicho diagnóstico.	
COMORBILIDAD	Eje I ó II	Comorbilidad de aprox. el 53%.
	Enfermedades médicas.	Disfunción tiroidea, Cushing, Parkinson, cáncer pancreático, conectivopatías, hipovitaminosis, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, AVC, infecciones virales, VIH, dolor crónico, fibromialgia, fatiga crónica, colon irritable.
ETIOLOGÍA FARMACOLÓGICA	Betabloqueantes, inmunosupresores, corticoides, sedantes.	
SUBTIPO DEPRESIÓN	Atípica.	IMAOs. ISRS.
	Bipolar.	Eutimizantes.
	Psicótica.	Antipsicóticos añadidos. TEC.

2.2.2. Potenciación

Se trata de añadir sustancias, sin actividad antidepressiva, (o escasa) que puedan aumentar la potencia del antidepressivo (tabla 5).

2.2.3. Combinación

Su finalidad es combinar antidepressivos con mecanismos de acción complementarios, como ya se ha comentado en la introducción de este capítulo, adon-

Tabla 5. Estrategias de potenciación en la depresión resistente.

EVIDENCIA CIENTÍFICA DEMOSTRADA	
Sales de litio	Añadir dosis con que obtengamos una litemia \approx 0,3-0,4 mmol/l (probar $\frac{1}{2}$ -0- $\frac{1}{2}$ ó $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{2}$), y esperar 3-4 semanas antes de decidir que no ha sido efectivo. Si funciona, mantenerlo el mismo tiempo que el antidepressivo.
Triyodotironina (T3)	Añadir 25-50 μ g/d, un máximo de 8-12 semanas (si más, riesgo de hipotiroidismo a la retirada).
Antipsicóticos atípicos	Olanzapina, quetiapina, risperidona, a dosis bajas.
EVIDENCIA CIENTÍFICA SUGESTIVA	
Buspirona	Agonista parcial del receptor 5HT1A presináptico. Emplear dosis de entre 10-50 mg/d.
Pindolol	Antagonista del receptor 5HT1A presináptico. Dosis: 2,5 mg 1-1-1. Es útil para disminuir el tiempo de latencia de los antidepressivos.
Psicoestimulantes	Metilfenidato (5-40 mg/d), dextroanfetamina (5-20 mg/d), modafinilo (200-40 mg/d)
Agentes dopaminérgicos	Pergolida (0,25-2 mg/d), amantadina (200-400 mg/d), pramipexol (0,375-1 mg/d) y bromocriptina (5 mg/d). Se cree que pueden mejorar la disfunción sexual por ISRS.
Precusores serotonina	Triptófano y el 5-hidroxi-triptófano. Poca evidencia y mala tolerancia gástrica.
Anticonvulsivantes	Valproato, carbamacepina, lamotrigina, gabapentina.
Tratamientos hormonales	Gel transdérmico de testosterona: ♂ de 30 a 65 años con niveles bajos de testosterona. Antagonista glucocorticoides: EDM + hipercortisolismo o resistencia a test supresión (DXM) Tiroxina (T4) (200-500 μ d/d; por escasa disponibilidad de T3).

de os remitimos para ver las diferentes posibilidades con las que contamos.

2.2.4. Sustitución

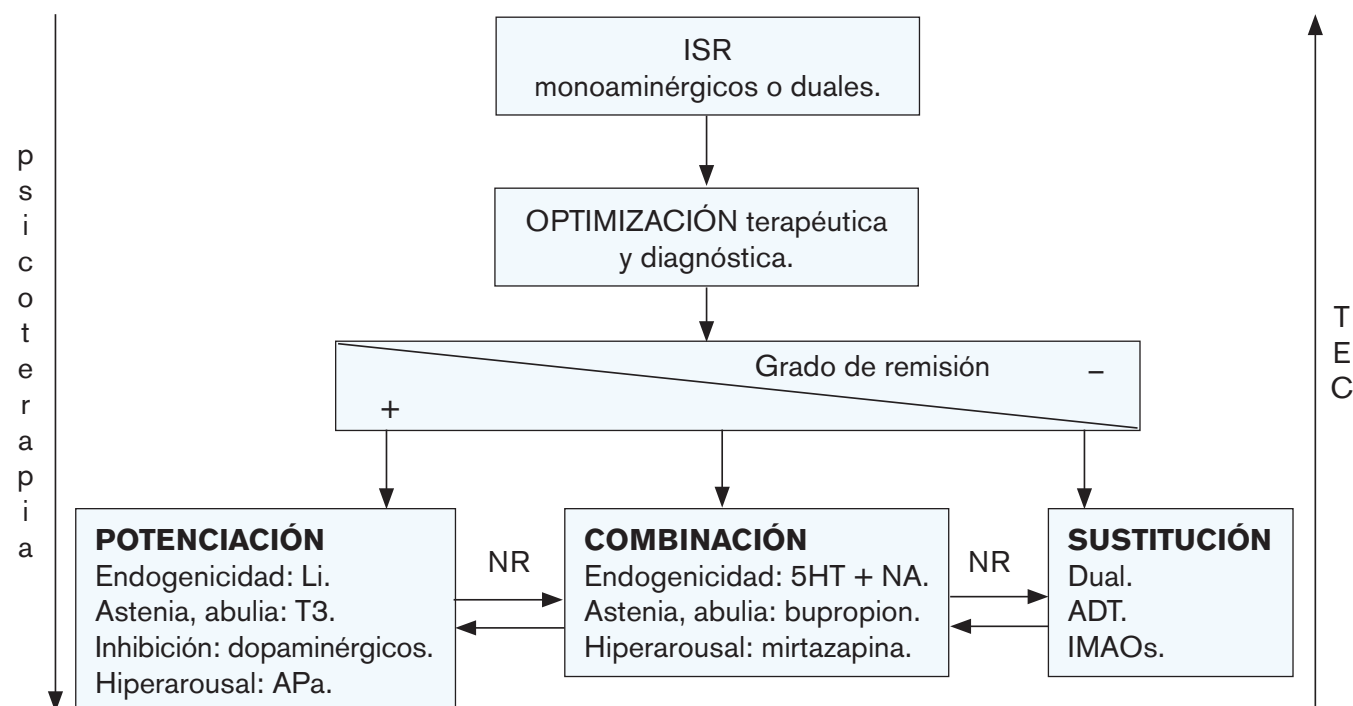
Como bien indica su nombre, consiste en sustituir un antidepresivo por otro. Se recomienda cambiar a otro antidepresivo de clase y mecanismo de acción diferente, cuando no hayan sido efectivos 1 ó 2 de la misma familia.

2.3. ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS

Contamos con varias estrategias: Terapia Electroconvulsiva (TEC), estimulación magnética transcraneal repetitiva, estimulación cerebral profunda, estimulación del nervio vago, fotoestimulación, privación de sueño, psicocirugía y tratamientos psicosociales. La más empleada es la TEC, dado que un 50% de DR responden a ella; debemos recordar que tras ella debe instaurarse tratamiento antidepresivo profiláctico (recordar que la TEC puede emplearse siempre que haya riesgo vital o difícil manejo farmacológico por cuestiones médicas).

A continuación mostramos una propuesta de algoritmo de tratamiento (figura 1).

Figura 1. Algoritmo de tratamiento



ISR: inhibidor recaptación 5HT. Li: litio. APA: antipsicóticos atípicos. ADT: tricíclicos. NR: no respuesta.

3. ESQUIZOFRENIA

Se considera que un paciente esquizofrénico es refractario al tratamiento cuando no se ha observado una mejoría clínica significativa tras haber prescrito un mínimo de dos tratamientos antipsicóticos de clases químicas diferentes durante un periodo de tiempo mínimo de 6 a 8 semanas con cada uno de ellos. Las dosis de los fármacos deben ser equivalentes o superiores a 500 mg/d de clorpromacina. La prevalencia estimada de casos refractarios es del 43 %. A continuación, describiremos las estrategias terapéuticas a seguir en dichos casos.

3.1. OPTIMIZACIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA

Consiste en efectuar un adecuado diagnóstico diferencial, asegurando el cumplimiento terapéutico, durante el tiempo necesario (periodo mínimo de 8 semanas) y a dosis máximas.

3.2. CAMBIO DE ANTIPSICÓTICO

Tras haber fracasado con al menos dos antipsicóticos de familias químicas distintas, se recomienda cambiar el tratamiento en curso por clozapina. Debemos aumentar las dosis de forma progresiva hasta un máximo de 900 mg/d (recomendable hasta 600 mg/d).



Sin embargo, un 30 % de pacientes no responden al tratamiento con clozapina o lo hacen de forma parcial.

3.3. COMBINACIÓN DE ANTIPSICÓTICOS

Disponemos de escasos estudios controlados sobre las estrategias de combinación en pacientes resistentes, pues la mayoría de trabajos publicados son ensayos clínicos abiertos o revisiones a propósito de un caso. Como ya hemos comentado, debemos combinar fármacos con un perfil farmacodinámico distinto, por lo que os remitimos a la tabla 3.

Se recomienda limitar el tiempo de ensayo de estas técnicas a un máximo de 6 meses. Si pasado este tiempo no hay mejoría clínica sustancial, hemos de valorar la discontinuación del tratamiento.

3.4. ESTRATEGIAS DE POTENCIACIÓN

Se trata de añadir sustancias sin actividad antipsicótica propia que puedan aumentar la potencia del fármaco antipsicótico. En la tabla 6 resumimos algunas propuestas.

A modo de resumen, os proponemos un algoritmo terapéutico (figura 2).

4. TRASTORNO BIPOLAR

Suele considerarse respuesta insuficiente en un Trastorno Bipolar (TB) cuando, a pesar de la correcta aplicación de litio u otro fármaco eutimizante, no se consigue o bien la remisión de una fase maníaca o depresiva, o bien la prevención de recurrencias de uno u otro signo. No podemos olvidar, sin embargo, que en este trastorno la recurrencia es lo más habitual. A día de hoy aún es limitado el conocimiento que tenemos acerca del tratamiento de los episodios resistentes en el TB; no obstante, intentaremos dar unas guías a seguir, que están recogidas en la tabla 7.

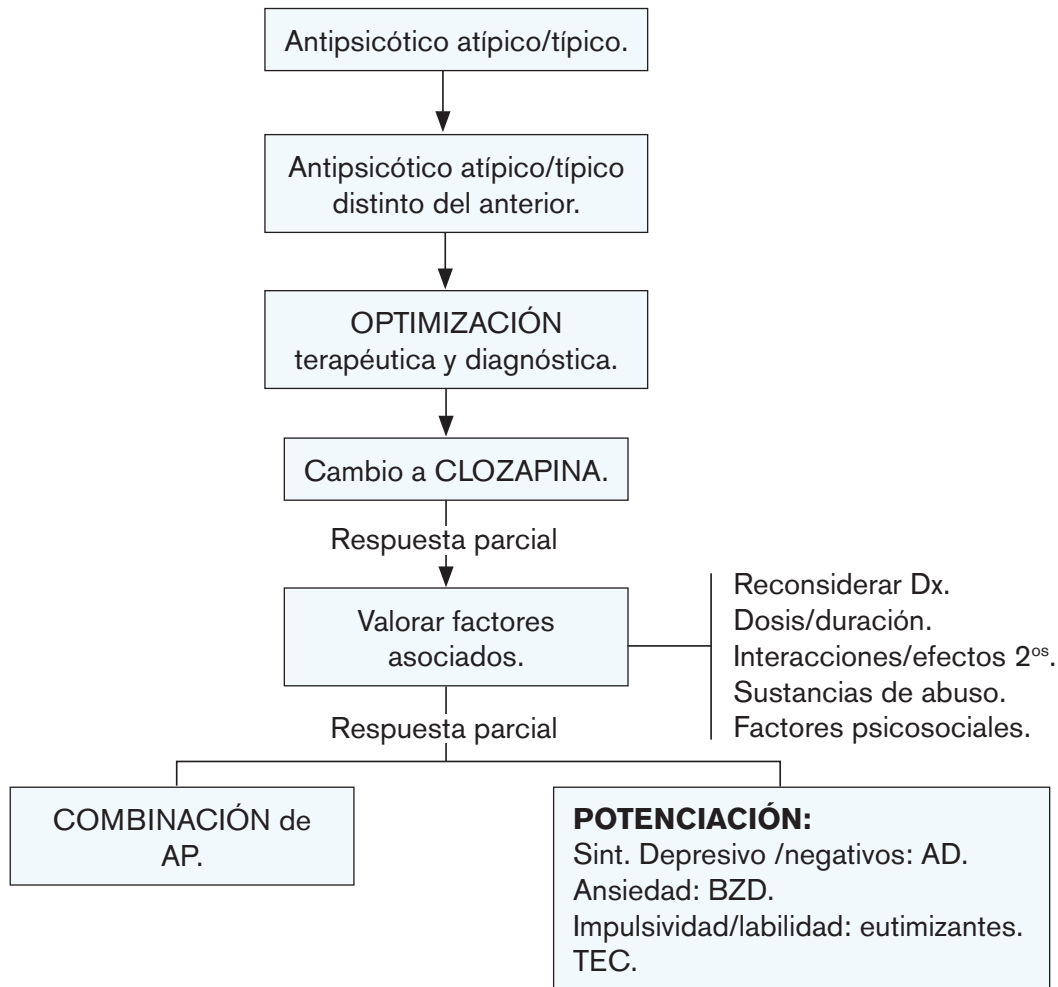
5. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Aunque el tratamiento farmacológico del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) con inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS y clomipramina) es eficaz en un porcentaje importante de pacientes, un

Tabla 6. Estrategias de potenciación en la esquizofrenia resistente

Antidepresivos	Predominio de sintomatología depresiva, negativa, obsesiva o ansiosa. Sintomatología obsesiva secundaria al tto antipsicótico → ISRS, antes que cambiar de antipsicótico. Diferenciar de SEP.	ISRS: Efecto inhibitor citocromo. Fluoxetina/fluvoxamina: eficacia moderada en sintomatología depresiva y negativa. Trazodona/mirtazapina/selegilina: eficacia demostrada en sintomatología negativa.
Eutimizantes	Sales de litio: sólo si existe componente afectivo TEA. Anticonvulsivantes: componente de agresividad, impulsividad o agitación. Efecto anticonvulsivante útil para el uso concomitante con clozapina.	Más riesgo de interacción y efectos secundarios. Carbamacepina: contrindicado con clozapina por riesgo de agranulocitosis. Inductor enzimático. Valproato: mecanismo gabaérgico → dopamina prefrontal. Lamotrigina: útil si consumo OH. Topiramato: eficacia demostrada.
TEC	Eficaz a corto plazo, aunque se necesitan tratamientos de mantenimiento para consolidar la mejoría. Uso como estrategia de inducción de la respuesta terapéutica a clozapina (efecto proconvulsivante de CZP).	
Otros tratamientos	Agonistas receptor de glutamato NMDA (hipofunción del receptor en esquizofrenia). Ac. grasos omega 3. Ciproheptadina. Estimulación magnética transcraneal.	D- cicloserina: mejoría limitada de síntomas negativos y disfunción cognitiva. Glicina: efecto limitado sobre síntomas negativos. Resultados iniciales prometedores, no replicados en estudios posteriores.

Figura 2. Algoritmo terapéutico



40–50% de casos no obtienen una mejoría suficiente tras un tratamiento correcto, esto es, tras un mínimo de 12 semanas en monoterapia a dosis óptimas (hay autores que opinan que en el TOC son precisas dosis más elevadas que en la depresión, aunque los estudios controlados en general no lo avalan).

Si la respuesta clínica es insuficiente debería combinarse con una adecuada psicoterapia con terapia cognitivo-conductual.

En la siguiente tabla se incluyen las posibles estrategias farmacológicas con que contamos ante el TOC resistente (tabla 8).

6. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Podríamos considerar un trastorno de ansiedad como resistente al tratamiento cuando, o bien no existe res-

puesta a los tratamientos de primera elección, o bien ésta es insuficiente. Recordemos que el fármaco de primera elección son los ISRS, aunque también son eficaces los antidepresivos duales, las benzodiacepinas potentes y algunos anticonvulsivantes.

El principal problema de esta definición de resistencia es que aún no se ha aclarado qué entendemos como respuesta al tratamiento en los trastornos de ansiedad. OK Pollack y cols. sugirieron que el concepto de respuesta debería incluir la remisión o mejoría importante de los síntomas ansiosos centrales, del deterioro funcional y de los síntomas depresivos comórbidos.

En el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), se ha visto que tras 2 años de tratamiento sólo han alcanzado la remisión completa un 25% de los pacientes, cifra que asciende al 38% tras 5 años; pese a ello, hay pocos estudios sobre el manejo de los casos resistentes.



Tabla 7. Estrategias en el trastorno bipolar resistente

Manía resistente al tratamiento	
Clozapina.	Para prevenir manía si resistencia a antipsicóticos, antiepilépticos y litio.
TEC.	Si no responde a otras estrategias.
Tamoxifeno.	Hay estudios que sugieren su eficacia.
Depresión resistente al tratamiento (seguir consideraciones de depresión monopolar resistente)	
Aumentar la dosis de litio.	Funciona en algunos pacientes.
Añadir lamotrigina.	
TEC.	Si no responde a otras estrategias.
Pramipexol (dopaminérgico).	En monoterapia o añadido, hay datos preliminares favorables.
Modafinilo.	Hay estudios favorables.
Inositol.	Como potenciador.
Ciclación rápida resistente al tratamiento.	
Suspender antidepresivos.	Varios estudios lo avalan.
Suspender antipsicóticos.	Eficaz en algunos pacientes.
Disminución estimulantes.	Parece ser beneficioso.
Disminución broncodilatadores.	

En la tabla 9 se resumen las estrategias propuestas.

Tabla 9. Estrategias en el TAG resistente

<ul style="list-style-type: none">- Aumento de dosis del fármaco de 1ª elección.- Pregabalina (150-600 mg/d).- Gabapentina.- Antipsicóticos atípicos como potenciación de otros tratamientos.	<ul style="list-style-type: none">- Buspirona (20-40 mg/d).- Hidroxizina (50 mg/d).- Agomelatina (25-50 mg/d).- βbloqueantes (para los síntomas físicos).
--	---

Tabla 8. Estrategias en el TOC resistente

Cambio a otro IRS	ISRS→ISRS, ISRS→clomipramina, clomipramina→ISRS.
Clomipramina iv.	En no respondedores o que no toleran clomipramina vo. Dosis crecientes de 25 a 200 mg/d durante 2 semanas, y después paso a vía oral o ISRS.
ISRS + clomipramina.	Aunque existe controversia al respecto, no olvidemos que, en el caso de la paroxetina, ésta es muy similar a la clomipramina, con lo que quizá podría ser más adecuado aumentar la dosis de uno de los 2 fármacos en lugar de combinarlos.
Cambio a IMAOs.	Fenelzina hasta 90 mg/d o tranilcipromina hasta 60 mg/d.
Plasmaféresis e Inmunoglobulinas endovenosas IG iv.	Eficacia en TOC infantil relacionado con infecciones estreptocócicas (PANDAS).
Potenciación de IRS (ISRS o clomipramina +...).	
Proserotoninérgica.	Litio o buspirona: no más eficaces que placebo, aunque en algunos pacientes funciona. Otras: pindolol, triptófano, clonacepam, clonidina.
Antipsicóticos.	Haloperidol + fluvoxamina: en un estudio se vio que resultaba eficaz OK en TOC + tics. También risperidona, olanzapina, quetiapina.
Estrategias no farmacológicas.	
Neurocirugía.	Cingulotomía anterior, tractotomía subcaudada, leucotomía límbica (combinación de las 2 anteriores), capsulotomía anterior: una revisión de 2003 sugirió que estos procedimientos ofrecían beneficios al 35-70% de pacientes con TOC + depresión. Estimulación cerebral profunda: los estudios preliminares son prometedores.
TEC.	En general no es eficaz.
Otras estrategias.	Inositol: resultados prometedores en monoterapia, pero no como potenciador de ISR. Opiáceos cada 4-7 días o antagonistas opiáceos a diario: TOC + T. control de impulsos. Mirtazapina: eficaz en varios estudios doble ciego controlados con placebo. Estimulación magnética transcraneal: resultados contradictorios.

IRS: inhibidores recaptación 5HT. IG: inmunoglobulinas.



↑ RECOMENDACIONES CLAVE

Ante una respuesta insuficiente siempre corroborar que el diagnóstico es correcto, descartar que no existan otras patologías psiquiátricas o médicas que dificulten el tratamiento y que la clínica no esté provocada por un fármaco.

Comprobar que tanto la dosis como la duración del tratamiento son adecuadas, y siempre que sea posible, determinar unos niveles plasmáticos del fármaco (descartar metabolizador rápido, inducción enzimática, incumplimiento del tratamiento).

Si se hacen combinaciones buscar siempre las sinergias y complementariedad. Fundamental conocer el mecanismo de acción y perfil receptorial de los psicofármacos

Si se cambia de fármaco, cambiar a una familia diferente.

Hacer los cambios uno a uno, para saber qué funciona finalmente.

En el caso de los bipolares, no seguir el ritmo de la enfermedad y hacer cambios continuos, esperar el tiempo necesario hasta el siguiente ciclo.

No olvidarnos de fármacos clásicos como los tricíclicos, los IMAOs y el litio o la perfenacina.

7. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Álvarez E, Puigdemont D, Pérez R, Corripio I. Estrategias terapéuticas en los trastornos psiquiátricos resistentes: Depresión y Estrategias terapéuticas en los trastornos psiquiátricos resistentes: Esquizofrenia. En: Palomo T, Jiménez-Arriero MA (eds.). Manual de Psiquiatría. Madrid: Ed. Ene Life Publicidad S.A. y Eds. 2009.

Fountoulakis KN, Vieta E. Treatment of bipolar disorder: a systematic review of available data and clinical perspectives. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2008 Nov;11(7):999-1029.

Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S, Möller HJ & WFSBP Task Force On Treatment Guidelines For Anxiety Obsessive-Compulsive Post-Traumatic Stress Disorders. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-2008; 9(4):248-312.

Villagran JM y Luque R. Asociaciones de Antipsicóticos en la práctica clínica. Barcelona: Ed. Prous Science. 2007.

Stahl SM. Psicofarmacología Esencial. 1ª ed. 3ª imp. Barcelona: Ed. Ariel S.A. 2006.

8. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Hoehn-Saric R, Borkovec TD, Belzer K. Trastorno de ansiedad generalizada. Nieremberg A, Ostacher A, Delgado P. et al. Fármacos antidepresivos y antimaníacos. En Gabbard G. Tratamientos de los trastornos psiquiátricos. Barcelona: Ed. Grupo ARS XXI. 2008.

Álvarez E, Baca Baldomero E, Bousoño M, Eguluz I, Martín M, Roca M, Urretavizcaya M. Depresiones resistentes. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2008;36(8):1-68.

Montgomery SA. Manual del Trastorno De Ansiedad Generalizada. 1ª ed. Londres: Ed. Current Medicine Group Ltd. 2009.

Akiskal HS, Tohen M. Psicofarmacoterapia en el trastorno bipolar. 1ª ed. Inglaterra: Ed. John Wiley & Sons Ltd. 2006.

Goodwin FK, Jamison KR. Manic-Depressive Iones. Bipolar Disorders and Recurrent Depresión. Oxford: Ed. Oxford University Press. 2007.



71. OTROS TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS



Autoras: Imma Buj Álvarez e Irene Forcada Pach

Tutora: Ester Castán Campanera

Hospital Arnau de Vilanova-Gestió de Serveis Sanitaris,
Hospital Santa María. Lleida

CONCEPTOS ESENCIALES

Más de 50 años después de su introducción, la TEC continúa siendo una terapia de elección, efectiva y segura para diversos trastornos mentales graves.

Los avances en la fisiología, prevención de complicaciones y efectos adversos han impulsado el uso de la TEC, y a la vez se delimitan mejor sus indicaciones.

Principalmente estas técnicas se reservan para aquellos trastornos psiquiátricos resistentes a los tratamientos convencionales o como tratamiento coadyuvante. La TEC está especialmente indicada en la esquizofrenia catatónica y en algunas depresiones psicóticas.

Otros tratamientos físico-biológicos han sido utilizados en áreas como la neurología, y como instrumentos de investigación, pero con una implantación creciente y continua en la clínica psiquiátrica.

1. TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC)

La Terapia Electroconvulsiva (TEC) es un tratamiento que consiste en la inducción de una convulsión tónico-clónica de forma controlada mediante la aplicación de un estímulo eléctrico superior al umbral convulsivo.

El reconocimiento del efecto terapéutico de las convulsiones generalizadas sobre los trastornos psiquiátricos se debe a von Meduna que en 1934 introdujo el llamado shock cardiológico y fue en 1938 cuando Cerletti y Bini sustituyen la introducción farmacológica de las convulsiones por la corriente eléctrica. Así nació la terapia electroconvulsiva.

La experiencia de más de medio siglo avala la eficacia y seguridad de la TEC correctamente administrada aunque es uno de los tratamientos más controvertidos en psiquiatría. A principios de los años 80, una

serie de estudios científicos rigurosos coinciden en demostrar que la TEC es una terapia con un nivel elevado de eficacia y un riesgo mínimo de efectos adversos graves. En 1990, la Asociación Americana de Psiquiatría establece un completo conjunto de recomendaciones para la práctica de la TEC. Desde entonces, los avances en el uso de este tratamiento, junto con el incremento del número de publicaciones sobre el tema, han llevado a la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) a la labor de actualizar el informe de 1990. En nuestro país, disponemos de un consenso español sobre esta práctica.

1.1. MECANISMOS DE ACCIÓN

A pesar de la eficacia demostrada y los numerosos estudios que investigan los cambios que a nivel biológico produce la terapia, permanecen en discusión, así diversos estudios han investigado los cambios neurofisiológicos y neuroendocrinos pero no se ha



concluido en el momento actual cuales de estos cambios son los responsables de la acción terapéutica, sigue siendo desconocido. La gran efectividad de la TEC en la depresión ha abierto una investigación sobre los cambios neuroendocrinos en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Existe un incremento que es transitorio y de escasa duración de la liberación de hormonas y neuropéptidos. Se han descrito incrementos rápidos en la concentración plasmática de neurofisinas, prolactina, ACTH, LH y cortisol, Whalley *et al.* y Scott *et al.* aportan estudios que describen una disminución de las concentraciones de T4 libre.

Las neurofisinas son moléculas también implicadas en la respuesta del tratamiento con TEC, así se ha correlacionado los niveles de oxitocina con la buena respuesta a la terapia; (Scott *et al.* 1989) observan que pacientes con buena respuesta presentan niveles de oxitocina basal menor que los que presentan mala respuesta en su estudio y que el aumento de oxitocina tras el primer shock se correlaciona con mejoría clínica. Este grupo apunta la posibilidad de la implicación de los estrógenos como precursores de la síntesis y liberación de oxitocina.

Otros estudios en ratas han descrito aumentos de los niveles de ACTH a nivel hipofisario y corticoesterona en sangre post shock, por lo que se apunta a que el shock podría provocar un up regulation.

En relación a las patologías afectivas (Fink y Nemeroff 1989) publicaron una hipótesis neuroendocrina para explicar la actividad de la TEC; especulando sobre una disfunción hipotalámica con insuficiencia de un péptido encargado de la regulación del humor (proponen a la TRH como modulador), así las crisis aumentarían la producción y liberación del péptido corrigiendo las alteraciones neuroendocrinas. Estas hipótesis están en discusión.

- En general se acepta que tras la administración de la TEC se produce una hiperestimulación del sistema noradrenérgico con aumento de NA a nivel simpático y una disminución de la sensibilidad del receptor postsináptico por un mecanismo de down-regulation. No se ha demostrado que el incremento de actividad en el sistema NA sea responsable de la acción terapéutica, pudiendo ser independiente de su mecanismo.

- Sobre el sistema dopaminérgico existe elevada controversia, se estudia de forma indirecta a través de la respuesta de la prolactina o bien mediante el estudio de sus metabolitos como ácido homovanílico (HVA) en líquido cefalorraquídeo o plasma. Hay autores que encuentran incremento de HVA en líquido cefalorraquídeo una semana después de finalizar tanda de TEC pero otros autores no han podido corroborar este dato. Delante de esta controversia parece aceptarse que la TEC produce un aumento de la respuesta a dopamina (DA) a nivel postsináptico. Algunos destacan la gran eficacia del TEC en aquellos cuadros depresivos inhibidos en los que se supone un déficit dopaminérgico, mejora de algunos pacientes con enfermedad de Parkinson y empeoramiento de las discinesias tardías.
- Respecto al sistema serotoninérgico se mantienen las controversias, pero se acepta que la TEC produce una estimulación del sistema de serotonina a través de sensibilizar a las neuronas serotoninérgicas a nivel postsináptico.

Así, como conclusión existe evidencia de que la TEC afecta a todos los sistemas de neurotransmisores sin poder precisar que modificaciones son responsables de la acción terapéutica. Existen hipótesis que sugieren que el mecanismo de acción no sería específico sino que se explicaría por las despolarizaciones neuronales inducidas por la estimulación eléctrica, provocando así un reestablecimiento de la ratio intravesicular de los neurotransmisores que previamente se encuentran desequilibrados.

Por otro lado las crisis repetidas aumentan la permeabilidad de la barrera hematoencefálica (BHE) que facilita el intercambio molecular, por tanto existen cambios en el transporte. Este cambio de la permeabilidad se debería a alteraciones a nivel celular causadas por la propia convulsión más que por los fenómenos de hipoxia o hipercapnia.

- Respecto a factores tróficos y neurogénesis: Las estimulaciones repetitivas aumentan el RNA-m del Fc de crecimiento neuronal NGF en neuronas del hipocampo, así como la posibilidad de producir cambios en la plasticidad neuronal. En el campo de la investigación en ratas se objetiva una facilitación de la neurogé-

nesis en hipocampo así como una inducción de proliferación celular y angiogénesis en el *gyrus dentatus* (Wennström 2003) y en la amígdala (Wennström 2004).

1.2. CONCEPTOS NECESARIOS PARA MANEJAR TEC

1.2.1. Indicaciones

- Primarias: situaciones donde puede usarse la TEC como tratamiento de elección, si bien no de forma exclusiva (ver tabla 1):
 - Necesidad de respuesta rápida por gravedad psiquiátrica o somática.
 - Los riesgos de otros tratamientos superan a los riesgos de la TEC.
 - Antecedentes de mala respuesta a la medicación.

- Antecedentes de buena respuesta a TEC.
- Preferencia del paciente.

■ Secundarias: situaciones donde después de haberse ensayado otras terapéuticas se deriva a TEC según los siguientes supuestos:

- Resistencia al tratamiento (teniendo en cuenta, dosis, duración y cumplimiento).
- Intolerancia o efectos adversos que van a ser menores con la TEC.
- Deterioro del estado psiquiátrico o somático que requiere respuesta rápida.

1.2.2. Contraindicaciones

- Absolutas: no se han descrito.
- Relativas: se incluyen alteraciones cerebrales ocupantes de espacio o patología cerebral que

Tabla 1. Indicaciones de la TEC

Indicaciones primarias	Indicaciones secundarias
Depresión	
<ul style="list-style-type: none"> – Grave, +/- síntomas psicóticos. – Inhibición psicomotora. – Riesgo de suicidio. – Severa agitación. – Melancolía oseudodemencia. 	<ul style="list-style-type: none"> – Contraindicación de antidepresivos. – Resistencia a antidepresivos (6-8 semanas sin respuesta). – Embarazo. – Situaciones que requieren rápida respuesta.
Esquizofrenia	
<ul style="list-style-type: none"> – Desorganización conductual grave. – Agitación grave. – Estupor catatónico. – Antecedentes de buena respuesta. 	<ul style="list-style-type: none"> – Resistencia a antipsicóticos (4-6 semanas sin respuesta). – Imposibilidad de administrar medicación. – Efectos adversos de los antipsicóticos. – Existencia de clínica afectiva predominante (esquizoafectivos o depresiones secundarias). – Embarazo.
Manía	
	<ul style="list-style-type: none"> – Contraindicación de antipsicóticos o del litio. <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo. • Cicladores rápidos.
Otros	
	<ul style="list-style-type: none"> – Síndrome neuroléptico maligno. – Epilepsia refractaria/intratable. – Enfermedad de Parkinson.

Modificado de RTM-III.2005 y APA. 2001



amente la presión intracraneal (tumores, aneurismas, malformaciones vasculares, etc.). Hemorragia intracraneal reciente, infarto de miocardio reciente, hipertensión grave, arritmias cardíacas, desprendimiento de retina, glaucoma, feocromocitoma y riesgo a la anestesia.

1.2.3. Tipos de TEC

- Régimen hospitalización: uso de la técnica en episodios agudos según indicaciones. La frecuencia habitual es de tres por semana a días alternos.
- Régimen ambulatorio: la frecuencia es valorada según un esquema rígido (tras la hospitalización se realiza uno a la semana, otro a los 15 días y los siguientes de forma mensual durante 3-6 meses) o bien según esquema variable que depende del estado clínico del paciente.
 - TEC continuación (TECc): provisión de TEC durante el período de 6 meses posterior al inicio de la *remisión* de un episodio índice. Una vez superado dicho período se habla de mantenimiento. Las revisiones sobre TECc muestran tasas de recaída muy bajas.
 - TEC mantenimiento (TECm): uso profiláctico de la TEC durante más de 6 meses tras finalizar el episodio índice. Es un régimen de tratamiento a largo plazo en el que los pacientes reciben TEC en intervalos constantes o variables, según los casos, a lo largo de un período. El programa de tratamiento habitual consiste en sesiones semanales seguidas de otras quincenales durante pocas semanas, pasando después a un intervalo mensual, hasta que existe una adecuada estabilidad en el paciente. Los objetivos son la protección contra la recurrencia. La duración de la TECm debe ajustarse a las características individuales de cada paciente, sin existir un período límite en la prolongación de la terapia. TECm debería mantenerse en un mínimo compatible con la remisión sostenida. No existen evidencias de un número máximo de TEC a lo largo de la vida. La TECm es un tratamiento eficaz en la prevención de recaídas y recurrencias de pacientes con trastornos psiquiátricos severos, especialmente, en los trastornos afectivos. No presenta ningún efecto adverso diferente a

los encontrados en la TEC realizada en fase aguda.

1.2.4. Adecuación de la convulsión

Se realiza mediante el control de duración de la convulsión y la calidad de la misma.

Debe ser una convulsión tónico-clónica generalizada a través de la obtención del registro electroencefalo-gráfico. Así post-estímulo se observa una mioclonía inicial, seguida de descarga paroxística bilateral, simétrica y sincrónica de ondas y puntas-ondas rápidas, sigue una fase tónica en la que aparecen descargas especulares que aumenta de frecuencia y amplitud hasta entrar en fase clónica, al finalizar las clonías de forma brusca se observa una depresión difusa, la fase de relajación.

La duración de la convulsión para considerarse terapéutica debe ser de 20 segundos.

1.2.5. Umbral convulsivo

Se define como la mínima energía necesaria requerida para obtener un tiempo de convulsión necesario de mínimo 20 segundos y se debe calcular en el primer tratamiento. El umbral convulsivo es individual para cada individuo y presenta una elevada variabilidad (ver tabla 2) porque existen diferentes factores que lo modifican: edad, sexo, emplazamiento de los electrodos, psicofármacos, dosis y tipo de anestésico, número de sesiones realizadas, oxigenación, nivel de CO₂.

1.2.6. Efectos adversos

Los efectos adversos más frecuentes son las quejas somáticas generales como cefalea, dolor muscular y náuseas.

Los principales efectos adversos que limitan el uso de la TEC son los efectos cognitivos, que son más graves durante el período postictal. La confusión postictal se caracteriza por un período de desorientación variable, generalmente breve, con déficit de la atención, la praxia y la memoria. Puede presentar tanto amnesia retrógrada como anterógrada para los eventos próximos en el tiempo a la sesión de TEC; puede durar desde minutos, horas o días, dependien-

Tabla 2. Factores que modifican el umbral convulsivo

Bajo umbral convulsivo	Alto umbral convulsivo
Mujer.	Hombre.
Joven.	Anciano.
TEC unilateral.	TEC bilateral.
Hipocapnia.	Hipercapnia.
Hiperoxigenación.	Hipooxigenación.
Estimulantes.	Anticonvulsivantes.
Reserpina.	Benzodiazepinas.
Adrenalina.	Lidocaína.
Abstinencia sedantes/hipnóticos.	β -bloqueantes acción central.
Relajantes musculares.	Clonidina. Anestésicos (excepto ketamina).

Modificado de Rojo J. 1993 y John L. 2001.

do de una serie de factores que incluyen (intensidad y forma de onda del estímulo, emplazamiento de los electrodos, número y frecuencia de los tratamientos, edad...).

Se ha descrito presencia de euforia en el curso de la TEC, euforia orgánica enmarcada en el cuadro de confusión y excitación postconvulsiva y euforia como hipomanía o manía franca después de la TEC en pacientes afectivos, siendo este efecto último infrecuente.

Las complicaciones cardiovasculares y pulmonares son la primera causa de muerte y de morbilidad significativa. En este sentido resulta imprescindible la monitorización cardiovascular en cada sesión de TEC.

Otra causa de morbilidad son las crisis convulsivas prolongadas con duración mayor de 3 minutos con riesgo de arritmias cardíacas, evolución a estatus epiléptico, mayor confusión postictal y mayor déficit de memoria. Se debe tratar cuando sobrepasa los 3 minutos.

↑ 1.3. CONCEPTOS PRÁCTICOS DEL TRATAMIENTO CON TEC

- Si existe indicación de tratamiento con TEC es imprescindible la valoración por el anestesista más las exploraciones complementarias que

como básicas será una analítica general, un electrocardiograma y una radiografía tórax.

- Necesario informar del procedimiento de la TEC así como obtener el consentimiento informado para dicho tratamiento.
- Preparación del paciente: es importante el trabajo en equipo junto al servicio de anestesiología para realizar un buen abordaje del paciente, ya que implicará a psiquiatras, anestesistas, a enfermería psiquiátrica y enfermería dependiente del servicio de anestesia, como incluso del dispositivo de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) si son TEC de mantenimiento o de continuación.

El paciente debe estar en ayunas de sólidos unas 8 h y de líquidos unas 4 h aproximadamente, si toma medicaciones éstas pueden tomarse con un trago de agua. Se debe revisar la boca del paciente (no prótesis dentales extraíbles) así como retirar joyas u otros accesorios (gafas, lentes de contacto...).

Se debe tener al paciente con una vía periférica para medicación y monitorizado para valorar constantes, electrocardiograma y oxígeno a través de pulsioxímetro. Por otro lado se realizará registro electroencefalográfico para valorar convulsión, la posición de los electrodos puede ser frontomastoidea (2 electrodos frontales y 2 mastoideos para obtener registro):



- Una vez el paciente esté preparado se aplicará los electrodos con gel conductor para el tratamiento, el emplazamiento puede ser unilateral aunque lo más frecuente es bilateral (bifrontotemporal, los electrodos de estímulo se colocan a ambos lados de la cabeza situándose en los puntos medios aproximadamente 2.5 cm por encima del centro de una línea que conecta el trago y el canto externo del ojo)
- Se ajustará la dosis de energía aplicada controlando la frecuencia, amplitud intensidad y duración de la onda aplicada para obtener una convulsión terapéutica reduciendo en lo posible los efectos adversos por aplicar una dosis elevada provocando una convulsión alargada. Si es la primera sesión se deberá realizar la titulación en función de la edad y el tipo de equipo del que se disponga.

Antes de la anestesia se debe comprobar la impedancia del circuito tras realizar el montaje de los electrodos. Normalmente el valor aparece en la pantalla del equipo de TEC, si fuera elevado la máquina aborta el estímulo.

- La anestesia se inducirá con propofol o tiopental son los más frecuentemente usados, como relajante muscular se suele utilizar succinilcolina y como anticolinérgico, atropina de forma profiláctica a criterio del anestesista. Los pacientes serán "preoxigenados" con oxígeno al 100% y antes del estímulo eléctrico se aplicará el mordedor para proteger la dentadura.
- Durante la convulsión se controlará tanto el EEG que marcará la convulsión central como la clínica que marcará la convulsión periférica y así valorar la calidad y tiempo de duración de la convulsión.
- Durante la convulsión también se controlará tensión arterial, frecuencia cardíaca y saturación oxígeno. Ya que a los 12" de la fase tónica de la convulsión existe descarga vagal aguda por estímulo directo de núcleos del tallo con disminución de presión arterial (PA) y frecuencia cardíaca (FC), momento de riesgo para bradicardias y a los 30-60" le sigue la descarga simpática con aumento de PA y FC, la taquicardia sigue hasta el final de fase clónica que se activa de nuevo el SNPs.

Al final de la convulsión puede existir caída brusca de la FC. Existe una segunda fase de hiperactividad simpática que se prolonga hasta que el paciente despierta, así a medida que el paciente recupera el estado de alerta los parámetros vuelven a sus valores basales. Durante la recuperación del paciente se asiste la ventilación hasta que recupera la autonomía.

■ ¿Qué hacer ante una crisis fallida, crisis abortadas o breves?

- Una crisis fallida se define como la no existencia de convulsión central, entonces se esperará 20 segundos (hay crisis que se retrasan) y se reestimulará un 50-100% por encima de la dosis del estímulo inicial.
- Las crisis breves se definen como convulsiones menores a 15 segundos, se esperará 30-60 segundos, debido a la existencia de período refractario transitorio y se reestimulará un 50-100% por encima de la dosis del estímulo inicial. Se puede realizar un máximo de 4 reestimulaciones.

2. OTROS TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

➤ 2.1. PSICOCIRUGÍA

Se define como toda intervención quirúrgica que actúa sobre el cerebro para reducir los síntomas incapacitantes de enfermedades psiquiátricas que no han respondido previamente a otros tratamientos menos radicales. Este tipo de tratamiento se propuso principalmente por primera vez en el año 1936 por Egas Moniz, profesor de neurología, y Almeida Lima, neurocirujano. Actualmente se dispone de técnicas muy mejoradas que permiten a los neurocirujanos producir lesiones estereotácticamente localizadas con mayor precisión.

Se indica en aquellos pacientes que presentan cuadros de extrema gravedad con una duración mínima de 5 años y con carácter irreversible a pesar de haber realizado correctamente todos los tratamientos posibles. Para su realización se debe realizar un completo estudio preoperatorio que incluya el historial clínico del paciente recogido por el psiquiatra de referencia, pruebas de imagen cerebral (TC o RM), EEG y una completa evaluación psicométrica y neuropsicológica.

ca. Así como el consentimiento informado por parte del paciente.

Los principales diagnósticos psiquiátricos que pueden beneficiarse de esta técnica son el TOC y los trastornos afectivos (ver tabla 3). También se ha utilizado con éxito en cuadros de agresividad y ansiedad intratable. En cambio se consideran contraindicaciones relativas una historia previa de trastorno de la personalidad, abuso de drogas u otras sintomatologías del eje II.

Aunque no existe hoy en día un criterio consensuado sobre cuales son las dianas estereotácticas según el diagnóstico psiquiátrico presente, se reconocen cuales son las estructuras cerebrales idóneas a tratar según la patología existente:

- TOC: brazo anterior de la cápsula interna, corteza cingulada anterior, sustancia innominada, combinación de sustancia innominada y corteza cingulada anterior. Concretamente existen cuatro técnicas con intervenciones estereotácticas: capsulotomía anterior, leucotomía límbica, cingulotomía anterior, y tractotomía subcaudada.
- Trastornos afectivos (depresión mayor y trastorno bipolar). Sustancia innominada, corteza cingulada anterior, combinación de sustancia innominada y corteza cingulada anterior.
- Ansiedad crónica: brazo anterior de la cápsula interna, combinación de sustancia innominada y corteza cingulada anterior.
- Estados de agresividad irreductible: hipotálamo posteromedial, amígdala y estría terminal.

El tratamiento que se realiza habitualmente sobre las dianas seleccionadas consiste en una lesión por termocoagulación (técnicas ablativas).

Los resultados de dicha técnica son variables. Si la selección de los casos se realiza cuidadosamente entre el 50-70% mejoran de forma significativa y menos del 3% empeoran. La mortalidad de este tipo de intervención es baja (0,5%). Las complicaciones más frecuentes son: confusión mental (20%), y en las primeras semanas cansancio, falta de iniciativa, apatía y cambios de conducta (3%), convulsiones postquirúrgicas (1%) y accidente vascular cerebral (0,3%).

2.2. ESTIMULACIÓN MAGNÉTICA TRANSCRANEAL (EMT)

Es una técnica no invasiva que permite cambios eléctricos neuronales a una profundidad de 2-3 centímetros, afectando a capas internas de la corteza cerebral. Esta técnica fue desarrollada por el inglés Baker y sus colaboradores en el año 1985.

En la EMT un impulso eléctrico breve fluye a través de la bobina de estimulación y produce un campo magnético. Dicho campo atraviesa libremente el medio que lo envuelve e induce un campo eléctrico; al encontrarse con el tejido nervioso que es un medio conductor fluye a través de él y logra una estimulación eléctrica focal y a distancia del tejido cerebral. Y así la aplicación de estímulos magnéticos repetidos sobre un punto focal en la calota craneal se denomina EMT repetitiva (EMTr), a diferencia de la EMT simple (aplicación de un único estímulo).

Si se realiza siguiendo correctamente las normas de seguridad establecidas es una técnica segura e indolora. En los últimos años se ha propuesto como una opción posible de tratamiento en aquellos pacientes con enfermedades mentales en las que la corteza cerebral esté claramente implicada. Encontramos en la bibliografía estudios en que se aplica la EMTr como tratamiento de: depresión, esquizofrenia, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno por estrés posttraumático. Cabe destacar que la depresión es el trastorno en que se han realizado un mayor número de estudios sobre su aplicación terapéutica, aunque en actuales revisiones de los estudios publicados hasta el momento no se encuentra suficiente evidencia sobre el beneficio o eficacia del uso de dicha técnica en el TOC y en depresión.

2.3. TERAPIA MAGNÉTICA POR LESIONES (MAGNETIC SEIZURE THERAPY)

Consiste en la aplicación de estimulación magnética capaz de inducir convulsiones clínicas, en condiciones similares a la TEC. Aunque en comparación con esta última la utilización del estímulo magnético tiene como ventajas el ejercer un mejor control sobre la localización de la convulsión inducida y de la densidad de corriente.

Actualmente se está estudiando el uso de esta técnica en trastornos depresivos en los que su eficacia



podría llegar a ser similar a la TEC, y en cambio tendría como ventaja el producir menos efectos secundarios sobretodo a nivel neurocognitivo.

➔ 2.4. ESTIMULACIÓN DEL NERVIOS VAGO (ENV)

Esta técnica inicialmente se aprobó para el tratamiento de las crisis epilépticas parciales refractarias al tratamiento. Posteriormente, se observó que en estos pacientes producía una mejoría del estado de ánimo por lo que en los últimos años se ha promovido su uso en el área de la psiquiatría por su actividad antidepresiva.

La estimulación del nervio se realiza a través del sistema NCP (Neuro Cybernetic Prosthesis), de gran similitud con los marcapasos cardíacos. Se trata de un generador de pulso bipolar, multiprogramable y de tamaño similar a un reloj de bolsillo, implantado en la pared torácica izquierda y conectado a nivel subcutáneo con un electrodo situado alrededor del nervio vago en su región cervical.

Algunos autores proponen diversas líneas de evidencia en las que se basa la acción antidepresiva de este tratamiento: la mejoría anímica en los pacientes epilépticos tratados con ENV; los estudios mediante tomografía por emisión de positrones que objetivan una activación funcional del sistema límbico durante la ENV; los fármacos anticonvulsivos como moduladores del humor; cambios neuroquímicos cerebrales tras el tratamiento con ENV.

El efecto secundario más frecuente son las alteraciones de la voz o la disfonía, que suele ser leve y bien tolerada.

⬆ 2.5. ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA (ECP)

Se encuentran sus inicios en los años cincuenta en que fue usado por primera vez en los trastornos psiquiátricos por Pool en 1948. Aunque no se desarrolló como técnica terapéutica de manera definitiva hasta principios de los 90. Inicialmente se usó en el dolor central y en pacientes con enfermedad de Parkinson como alternativa a la palidotomía. En Europa se usa de forma rutinaria en estos pacientes, teniendo como diana el núcleo subtalámico. En el año 2001 fue aprobada por la FDA para dicha indicación, pos-

teriormente se aprobó para la distonía aguda y el dolor esencial.

Desde los inicios de la técnica se observaron cambios en el estado de ánimo de los pacientes a los que se aplicaba, episodios maníacos y depresivos en pacientes sin antecedentes previos, y es a partir de ahí donde se postula la posible utilidad de esta técnica en enfermedades mentales.

La ECP consiste en la inserción cerebral a través de cirugía esterotáctica de uno o dos electrodos, que permiten la estimulación de estructuras profundas, conectados de forma permanente a un neuroestimulador. En comparación con las técnicas descritas hasta ahora permite una localización más precisa de la estimulación, y respecto a la cirugía tiene como ventaja la reversibilidad del proceso.

En la ECP encontramos:

- Componentes internos: electrodos (donde se produce la estimulación), cable de extensión (situado debajo del cuero cabelludo que discurre hasta llegar al abdomen en la zona subhepática y conecta los electrodos con el estimulador) y el neuroestimulador (generador de pulsos y suministrador de energía a todo el sistema).
- Componentes externos: programador (usado por el médico para dar instrucciones al estimulador y desde donde se controlan los distintos parámetros de la estimulación) y un controlador especial magnético (que puede ser usado por el paciente para conectar/desconectar el neuroestimulador).

Actualmente los estudios se basan en el tratamiento de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno depresivo refractarios a diversos tratamientos. En el caso del trastorno obsesivo-compulsivo el objetivo de la estimulación sería el brazo anterior de la cápsula interna de ambos hemisferios cerebrales y en el trastorno depresivo el área subcallosa del cíngulo y el estriado ventral/núcleo accumbens. Concretamente, en depresión los estudios realizados hasta el momento actual son prometedores y sugieren que en futuro muchos de los pacientes con depresión resistente al tratamiento se podrán beneficiar de esta técnica.

Respecto a las complicaciones, éstas están en relación con el proceso quirúrgico (hemorragia intracraneal, convulsiones, infección), con el sistema de estimulación (migración del electrodo, rotura del cable, reacción alérgica a los materiales implantados, fallo del neuroestimulador...) y con la estimulación (parestesias, trastornos visuales, enlentecimiento psicomotor o mareos).

➔ 2.6. FOTOTERAPIA

La indicación principal de esta técnica es el trastorno afectivo estacional o depresión mayor con patrón estacional. Otras indicaciones a tener en cuenta son: episodios depresivos recurrentes, trastornos afectivos bipolares de tipo I o II y los trastornos del ritmo circadiano.

Se realiza mediante la exposición del paciente a luz brillante de espectro completo, en dosis que oscilan entre 2.500 y 10.000 lux durante un periodo de 30 minutos a 2 horas, observándose la mejoría clínica a partir del tercer o cuarto día con un mínimo de tiempo de exposición de 10-12 días; aumentando su eficacia cuando se administra por la mañana.

El mecanismo de acción se desconoce, aunque se sugiere que puede tener relación con la regulación de los ritmos circadianos y los cambios que se pro-

ducen en la secreción de melatonina o monoaminas biógenas.

No tiene contraindicaciones absolutas y sus efectos secundarios son leves (cefalea, irritación ocular...).

➔ 2.7. PRIVACIÓN DE SUEÑO

La modalidad más utilizada y que obtiene mejores resultados es la privación de sueño total (PST), que consiste en mantener al paciente despierto toda la noche y el día siguiente, en total son 40 horas de vigilia. Otras modalidades descritas son: la privación parcial de sueño, la privación selectiva de sueño REM o la terapia de avance de fase. Esta última ha demostrado ser útil en el mantenimiento de los efectos de la privación de sueño, adelantando progresivamente el período de sueño permitido hasta sincronizarlo con el normal. Y se implica principalmente como mecanismo de acción la vía serotoninérgica.

Se indica en los trastornos depresivos, como coadyuvante a otra estrategia terapéutica. Así se ha estudiado su asociación con la farmacoterapia, fototerapia, psicoterapia, EMT y la TEC (esta técnica disminuye el umbral convulsivo de los pacientes pudiendo obtener convulsiones adecuadas sin aumentar la dosis de energía aplicada).



Tabla 3. Características generales de otros tratamientos biológicos en psiquiatría

Tratamiento	Invasividad	Efectos secundarios	Indicaciones	Localización
Privación de sueño.	+	+	Depresión.	-----
Fototerapia.	+	+ (cefalea, irritación ocular)	Depresión.	-----
EMT	++	+ (cefalea, eritema)	Depresión. Esquizofrenia. Manía. TPET. TOC.	CPFDL. CTP.
MST	++	+ (cognitivos)	Similares a la TEC.	Estimulación generalizada.
ENV	+++	++ (disfonía)	Depresión. Tr. Ansiedad.	N. vago (cervical).
ECP	+++	++	Depresión. TOC.	Cingulado subgeniculado. Cápsula anterior, <i>accumbens</i> .
Psicocirugía.	++++	+++	Depresión. TOC. Tr. Ansiedad.	Cápsula ant. Cíngulo ant. Sust. innominada.

CPFDL: Corteza prefrontal dorsolateral; CTP: Corteza temporoparietal.

Modificado de Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. J. Vallejo Ruiloba. 2006.

RECOMENDACIONES CLAVE

La TEC es un tratamiento actual y eficaz para aquellos pacientes que por su patología estén dentro de las indicaciones primarias: el principal predictor de respuesta al tratamiento es el diagnóstico, siendo el síndrome depresivo melancólico y la catatonía la indicación.

La TEC es un tratamiento seguro y sin contraindicaciones absolutas.

La principal indicación de la psicocirugía es la presencia de una enfermedad crónica e incapacitante, que no ha respondido a ningún otro tratamiento convencional, el trastorno obsesivo-compulsivo es uno de los pocos trastornos en que se sigue utilizando.

La ECP puede ser útil en el tratamiento de pacientes con TOC y trastorno depresivo refractarios a diversas estrategias terapéuticas y con una acción más precisa y reversibilidad del proceso respecto a la psicocirugía.

3. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

American Psychiatric Association. La práctica de la terapia electroconvulsiva. Recomendaciones para el tratamiento, formación y capacitación. Barcelona: Ed. Ars Medica. 2001 .

Beyer J, Weiner R, Glenn M. Terapia Electroconvulsiva. Barcelona: Ed. Masson. 2001 .

Rojo E, Vallejo J. Terapia electroconvulsiva. Barcelona: Ed. Masson. 1ª ed. 1993.

RTM-III. Comité de consenso de Catalunya en terapéutica de los trastornos mentales. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Barcelona: Ed. Ars Médica. 3ª ed. 2005.

Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. Barcelona: Ed. Masson. 6ª ed. 2006

4. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Fink M, Nemeroff CB. A neuroendocrine view of ECT. *Conv. Ther.* 1989;3:111-120.

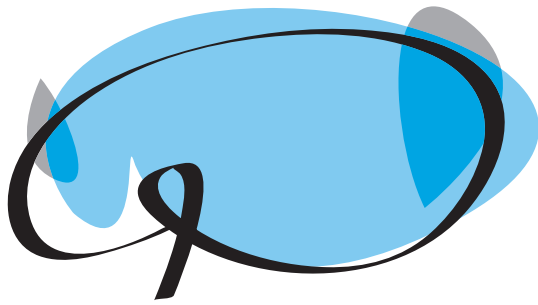
Fink M, Convulsive therapy. Fifty years of progress. *Convulsive Ther.* 1985;1:204-216.

King BH, Liston EH. Proposals for the mechanism of action of convulsive therapy: a synthesis. *Biol. Psychiatry.* 1990;27:76-94.

Rami-González L, Bernardo M, Boget T, Gironell A, Salamero M. Aplicaciones actuales de la estimulación magnética transcraneal repetitiva en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna.* 2002;29(1):8-22.

Puigdemont D, Pérez-Egea R, Diego-Adeliño J, Molet J, Gironell A, Rodríguez R et al. Estimulación cerebral profunda en depresión mayor resistente. *Aula médica psiquiatría*, año XI, número 2. 2009.





MÓDULO 3.

Tratamientos
e Investigación
en psiquiatría
(Formación
longitudinal)



Investigación





72. NIVEL I. SESIÓN CLÍNICA



Autores: Eva Villas Pérez, Silvia Elena Mabry Paraíso y David Calvo Medel
Tutor: Ricardo Claudio Campos Ródenas
Hospital Clínico Universitario. Zaragoza

CONCEPTOS ESENCIALES

La sesión clínica es una actividad nuclear en la docencia de todos los integrantes del Servicio, con especial interés para aquellos que están en el proceso de especialización.

Su organización y programación estable a lo largo del tiempo no está exenta de dificultades y por ello es crucial disponer de un guión orientativo para garantizar calidad e interés de las presentaciones.


1. INTRODUCCIÓN

La sesión clínica es una actividad con periodicidad establecida del servicio que tiene por objetivos generales la formación de los profesionales que les permita adquirir, mantener y actualizar los conocimientos necesarios para garantizar una adecuada práctica clínica de la disciplina. La participación activa y desarrollo en las sesiones se considera esencial en el programa oficial de la especialidad y se menciona como parte de las actividades científicas e investigadoras de la formación nuclear en psiquiatría y que debe estar presente como programa longitudinal a impartir a lo largo de todo el periodo de residencia. Sin embargo, en la consulta de los tratados de la especialidad, incluso aquellos dirigidos más concretamente a la formación de especialistas, no se encuentran revisiones del este tema y por ello vamos a describir nuestras experiencias organizativas a lo largo de los últimos 15 años así como algunos indicadores de sus resultados.

2. PROPUESTAS ORGANIZATIVAS PARA LAS SESIONES CLÍNICAS

Las sesiones clínicas tienen un potencial educativo muy valioso, pero su papel y funciones pueden cambiar con el tiempo y conllevar algunas dificultades

que a continuación mencionaremos. Los facultativos y personal docente esgrimen a menudo una elevada presión asistencial o académica con lo que su asistencia puede ser irregular. La falta de organización previa que incluya tiempo protegido para esta actividad, la ausencia de planificación de un calendario y asignación de personas que preparen la parte expositiva de la sesión, puede generar un clima en donde se genere incertidumbre sobre la celebración de la sesión. La falta de una estructuración (tiempo disponible, objetivos, guión expositivo...) y de unos requisitos básicos (medios de presentación, puntualidad, escucha de la parte expositiva e intervención activa en la discusión) son otros de los indicadores de deficiente funcionamiento de las sesiones. Todos ellos los tuvimos en cuenta cuando se nos asignó la función de coordinación de las sesiones. La primera tarea fue diseñar un guión orientativo para la organización y presentación de las sesiones de nuestro servicio que fue publicado en Anales Universitarios españoles de Psiquiatría y que a continuación expondremos.

-  El núcleo fundamental de la sesión se centra en la exposición de un caso clínico. No se trata de una aportación teórica, investigadora o explicativa de cómo funciona una Unidad asistencial concreta. Para la elección del caso pueden concurrir diferentes razones (psicopatológicas,



diagnósticas, terapéuticas, administrativas, legales...). Es conveniente que los puntos docentes del caso que han motivado su presentación queden explícitos desde el principio. La semana previa a la sesión se envía a las diferentes Unidades del Servicio una pequeña reseña sobre la sesión (título y profesional responsable). En ella el título elegido sugiere algo de la temática del caso aunque también se pueda utilizar la ambigüedad para despertar la curiosidad y favorecer la asistencia.

- En la presentación deben estar presentes los facultativos responsables de la supervisión del caso cuando no sean ellas mismas las personas que lo expongan.
- Para facilitar la participación del caso se recomienda que con antelación de al menos una semana se difunda en el servicio una breve reseña con el título y la temática principal de discusión.
- Para su desarrollo es conveniente contar con medios audiovisuales en caso de que sean precisos así como un sistema de búsqueda bibliográfica de referencias ya seleccionadas por expertos como ocurre con el sistema MICRO-CARES para las Unidades de psicopatología y psiquiatría de enlace.
- Se recomienda que haya tres partes diferenciadas: la primera para la exposición del caso, la segunda para comentar la bibliografía más relevante y pertinente en referencia al caso y la tercera una discusión del caso con la audiencia y con la participación de un moderador. La asignación del tiempo a cada parte puede ser flexible pero se recomienda que haya tiempo suficiente para la última parte (siendo deseable entre 25-50% del tiempo total). La duración estimada es de una hora.
- En la parte expositiva se recomienda seguir el orden habitual de la historia clínica: información sociodemográfica, motivo de consulta, historia actual, antecedentes psiquiátricos, psicobiografía, información psicosocial, historia médica, personalidad premórbida, pruebas complementarias y valoración del examen mental. De todas estas áreas convendría mencionar solo lo más significativo, salvo en la descripción del examen mental en donde se recomienda ser más detallado. ■ Es obligatorio preservar

la confidencialidad no solo omitiendo nombre y apellidos sino cualquier otro dato que permita una identificación del paciente.

- La parte expositiva debe contener una enunciación diagnóstica siguiendo un modelo multiaxial, haciendo énfasis en el juicio etiológico del caso (factores predisponentes, precipitantes y mantenedores) y en un intento de formulación dinámica del caso. Es conveniente la enumeración y razonamiento de un diagnóstico diferencial así como la descripción de un plan integral de tratamiento. En este se incluye la necesidad de intervención de urgencia, tipo de tratamiento y estrategias de equipo. En relación con ello es deseable reservar unos minutos para escuchar el comentario de los profesionales de otras disciplinas que estén implicados en la asistencia del paciente.
 - En la parte del comentario bibliográfico o reseña teórica no se trata de ser exhaustivo sino muy concreto. Es importante seleccionar solo los aspectos del caso con mayor interés docente e intentar ilustrarlos con la revisión teórica y bibliográfica (citas actuales pero también clásicas). Es crucial que la presentación del caso y la revisión teórica no estén dissociadas.
 - En la discusión se trata de que los asistentes puedan comentar aspectos relativos al caso presentado: esclarecer información, aportar experiencias previas, sugerir mejoras en el tratamiento y en la organización asistencial, sugerir aspectos con interés para posterior trabajo de investigación... Al igual que en las partes previas los comentarios deben ser suficientemente constructivos y a ser posible prácticos, evitando confrontaciones y respetando las diferencias de opinión. El moderador de la sesión debe facilitar el turno de las intervenciones, el manejo eficiente del tiempo y puede realizar un comentario final sobre lo más destacado.
- A esta propuesta organizativa inicial se han realizado algunas puntualizaciones basadas en el criterio del Jefe de servicio y del coordinador de las sesiones así como en la valoración de los asistentes a las mismas. Entre ellas destacamos las siguientes:
- La responsabilidad para organizar la presentación del caso se realiza nominalmente al ad-

junto. Este podrá contar con la colaboración del médico residente pero no es condición indispensable como en esquemas organizativos previos. Los tutores estarán atentos a que durante los años de residencia los MIR tengan oportunidad para presentar sesiones clínicas en el servicio.

- En el calendario organizativo que distribuye con antelación el coordinador de sesiones clínicas se incluyen adjuntos pertenecientes a diferentes unidades asistenciales del servicio (Unidad de Corta Estancia, Hospital de día, Psicopatología y Psiquiatría de Enlace, Consultas externas, Psiquiatría Infanto-Juvenil, Urgencias Psiquiátricas) así como profesionales que lleven a cabo su labor asistencial en unidades más específicas (Unidad de Salud Mental adscrita al Sector, Centros de Atención a Drogodependientes, Unidades de Rehabilitación psiquiátrica, Centros de Día, Programas asistenciales muy concretos como equipos de asistencia en medio rural o de tratamiento a personas con desarrollo anómalo en su personalidad...). La actividad se programa teniendo en cuenta el calendario académico y respetando una semana para la asistencia al Congreso nacional de la especialidad.
- Se estima necesario que esta actividad esté acreditada y que los profesionales que presentan y elaboran la sesión tengan una certificación por ello (a modo de pequeño diploma). En este contexto se reserva la última sesión del curso antes del verano para realizar una revisión de las sesiones realizadas durante el año, planificación de las del curso próximo y disfrutar de un tiempo posterior para la discusión informal del curso de sesiones.
- Se ha realizado un formato de encuesta de satisfacción de las sesiones en donde se incluye petición de propuesta para la mejora de la calidad de las mismas.
- Se ha considerado conveniente abrir un listado/archivo con el título y presentaciones en formato Power Point de las sesiones que se realizan. Se organiza de forma temática y puede servir de consulta para la preparación de futuras sesiones así como para facilitar la variedad de contenidos a lo largo de los diferentes cursos académicos.
- Se va intentar facilitar la publicación de las sesiones más interesantes en revistas de difusión nacional (p. ej. Cuadernos de medicina psicopatológica para casos de psicopatología) o internacional (p. ej. European Journal of Psychiatry).

3. REFLEXIONES SOBRE RESULTADOS DE LAS ENCUESTA DE OPINIÓN MÁS RECIENTES

Desde septiembre de 2008 hasta junio 2009, como en todos los periodos académicos previos desde hace varias décadas, se impartieron 27 sesiones clínicas en nuestro servicio, en donde intervinieron 46 profesionales. A las sesiones estaba convocado todo el personal sanitario del sector (sector III de Zaragoza), esto es, tanto personal médico como de psicología en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, enfermería, auxiliares, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales pertenecientes a unidades de agudos, de rehabilitación (media estancia, larga estancia y centros de día), unidades de deshabitación, centros de salud mental y consultas externas pertenecientes al área.

Las sesiones tienen una frecuencia semanal, se exponen todos los jueves a primera hora de la mañana (9 horas) en el aula del servicio, la cual está dotada de los medios audiovisuales oportunos (ordenador, proyector, video y televisión) así como capacidad para unas 50 personas. La duración de las presentaciones es de una hora, dedicando los ponentes 40 minutos a la presentación de la sesión y reservando los últimos 20 minutos para la discusión del caso entre los asistentes. La sesión y el ponente son presentados a los asistentes por un moderador (en este caso, generalmente nuestro Jefe de servicio), quien se encarga también de abrir y moderar el debate posterior a la presentación del caso.

La exposición de las sesiones está a cargo de los psiquiatras adjuntos del área, concedores del calendario de las presentaciones desde el inicio del curso académico. Estos pueden recurrir a la colaboración del resto del personal de sus correspondientes equipos tanto para la preparación como para la presentación de las sesiones. Se solicitó también en alguna ocasión la colaboración de especialistas en otras disciplinas (neurología, endocrinología, urgencias...) implicados en el caso. La experiencia suele ser inten-



sa en cuanto a tiempo de preparación previa y son necesarias habilidades para sintetizar información, comunicarla y comentarla en público.

Al finalizar el curso 2008-2009, se procedió a la entrega de sencillas encuestas al personal del área asistente a las sesiones en esas fechas, con el fin de evaluar el grado de satisfacción respecto a las mismas e indagar en aspectos a mejorar.

Se trata de una valoración anónima (tan sólo se solicitaba que especificaran su disciplina profesional) y en ella se solicitó a los participantes que puntuaran de 1 a 10 diez cuestiones concretas (siendo 0 la puntuación mínima: nada adecuado, nada satisfecho...; y 10 la puntuación máxima: muy adecuado, muy satisfecho) (tabla 1).

A continuación presentamos un análisis de las puntuaciones obtenidas en un total de 44 encuestas recogidas. Incluimos en la siguiente tabla la puntuación mínima, máxima y media a cada pregunta.

Se hizo también una valoración cualitativa, planteando a los encuestados tres preguntas abiertas: ¿Qué es lo que más te gusta de las sesiones? ¿Qué es lo que menos te gusta? ¿Qué sugerencias harías para mejorarlas?

Revisando las respuestas dadas por los encuestados médicos (tanto adjuntos como residentes) y en líneas generales, el punto fuerte de las sesiones es el espacio dedicado a la discusión del caso. Entre otros, los profesionales valoran el poder compartir

Tabla 1. Puntuación mínima, máxima y media

	Puntuación Mínima	Puntuación Máxima	Puntuación Media
¿Te han gustado las sesiones de este año?	7	10	8,30
¿Crees que los casos han sido bien preparados?	7	10	8,81
¿Crees que se han explicado con claridad?	6	10	8,63
¿Crees que la sesión está bien organizada?	3	10	8,07
¿Has podido preguntar o comentar cuestiones?	0	10	7,41
¿Te han ayudado a despertar tu interés por algunos temas relacionados con la sesión?	4	10	8,23
¿Han sido amenas?	5	10	8,22
¿Se han visto cumplidas tus expectativas previas?	6	10	8,10
¿Crees que esta actividad es importante en tu formación?	5	10	8,68
En general mi satisfacción con las sesiones es...	6,5	10	8,45

	Puntuación Media
¿Te han gustado las sesiones de este año?	8,30
¿Crees que los casos han sido bien preparados?	8,81
¿Crees que se han explicado con claridad?	8,63
¿Crees que la sesión está bien organizada?	8,07
¿Has podido preguntar o comentar cuestiones?	7,41
¿Te han ayudado a despertar tu interés por algunos temas relacionados con la sesión?	8,23
¿Han sido amenas?	8,22
¿Se han visto cumplidas tus expectativas previas?	8,10
¿Crees que esta actividad es importante en tu formación?	8,68
En general mi satisfacción con las sesiones es...	8,45

dudas y comparar métodos de trabajo con otros compañeros de profesión, así como la actualización de conocimientos y temas complejos desde las diferentes subespecializaciones dentro del campo de la psiquiatría. También son positivamente valorados la rica variedad de casos tratados así como la asistencia multidisciplinar y suprasectorial.

En cuanto a los aspectos menos satisfactorios, se reseñan dificultades en la discusión/debate del caso en la segunda parte de la sesión. Los encuestados atribuyen esta dificultad principalmente a las limitaciones de tiempo, aunque señalan otros factores que consideran limitantes como son: el modelo “excesivamente” médico en la presentación del caso, el considerar demasiado “académico” el formato de participación, y la centralización del debate algunas veces en las opiniones de psiquiatras adjuntos con escasa participación, en general, del resto de profesionales.

Por último, entre las sugerencias de mejora, los médicos asistentes y participantes en las sesiones proponen de forma mayoritaria y congruente con el punto anterior:

- Ampliar el tiempo de discusión del caso.
- Facilitar un debate más “fluido y participativo”.
- Fomentar la participación de otros profesionales del sector en la exposición de los casos, función hasta la fecha copada la mayoría de las veces por psiquiatras adjuntos (destacar en este punto el interés de los residentes por aumentar su participación de forma activa en la exposición de casos conocidos por ellos en

la mayoría de las ocasiones). Los residentes consideran éste un aspecto importante en su formación y que hasta la fecha ha sido menos trabajado. En este sentido comentar que durante etapas previas la presentación del caso era a cargo del residente y que ello generaba insatisfacción de los mismos porque se sentían en ocasiones poco supervisados.

Otras sugerencias de mejora menos generalizadas son: la difusión posterior de las sesiones expuestas (abrir página web...), aprovechar la convocatoria del personal en la sesión para tratar otra información importante del sector, abordar el caso desde otras perspectivas menos médicas (más psicoterapéuticas, sociales...), definir de forma más concreta el papel del moderador y dar al ponente una mayor libertad en la presentación del caso.

En resumen, hemos expuesto un modo organizativo de una de las actividades docentes más importantes de nuestro departamento. La experiencia a lo largo de estos años es satisfactoria a tenor de la asistencia mayoritaria (y voluntaria) y de las opiniones expresadas por los profesionales. El formato puede variar según las instituciones y culturas de los servicios pero es preciso que el planteamiento sea claramente expuesto y revisado dado el riesgo de discontinuidad de la actividad a lo largo del tiempo. Es necesario la coordinación y moderación de las mismas para que además de garantizar su realización, las sesiones sean formativas y amenas para los diferentes profesionales del servicio.

RECOMENDACIONES CLAVE

La sesión precisa de una estructura en donde haya una parte expositiva de un caso y una parte destinada a la discusión. Esta pretende incidir sobre aspectos docentes del caso así como sobre puntos de mejora de nuestra actividad asistencial.

Es necesario que haya una variedad temática a lo largo del curso de sesiones y que se facilite la preparación y posterior difusión de las mismas. Como toda actividad precisará de una acreditación así como de una evaluación periódica en donde se revisen y planteen mejoras en la calidad de las mismas.



4. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Pulido M. El médico en reuniones científicas: cómo hablar en público para tener éxito. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:664-668.

Gervás J, Pérez M, Albert V, Martínez JA. El caso clínico en medicina general. *Aten Primaria*. 2002;30:405-410.

Freeman TR. The patient-centered case presentation. *Fam Prac*. 1994;64:170.

Parrino TA, White AT. Grand rounds revisited: results of a survey of U.S. departments of Medicine. *Am J Med*. 1990;89:491-495.

Herbert RS, Wright SM. Reexamining the value of medical ground rounds. *Acad Med*. 2003;12:1248-1252.

5. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Campos R, Seva A. Guía orientativa para la presentación de las sesiones clínicas. *Comunicación Psiquiátrica 95/99, Anales universitarios Españoles de Psiquiatría*.

Strain JJ, Campos R, Carvalho S, Diefenbacher A, Malt UF, Smith G, Mayou R, Lyons J, Kurosawa H, Ruiz-Flores LG, Cartagena A, Zimmermann P & Strain JJ. Further evolution of a literature database: The international use of a common software structure and methodology for the establishment of National Consultation-Liaison Database. *Gen Hosp Psychiatry*. 1999;21:402-407.

Kay J, Silberman EK, Pessar L. *Handbook of psychiatric education and faculty development*. Washington: Ed. American Psychiatric Press. 1999.

Gálvez EM. *Calidad asistencial y certificación profesional: la formación continuada. Manual del Residente de Psiquiatría*. Madrid: Ed. Litofinger. 1997:1999-2011.

Ricarte JI & Martínez-Carretero. *Métodos de enseñanza y aprendizaje del residente*. En: *Manual para tutores de MIR*. Cabrero L (ed.). Madrid: Ed. Panamericana. 2007.



73. NIVEL II. REVISIONES Y PRESENTACIONES ENTRE IGUALES



Autoras: Marta Lucas Pérez-Romero y M^a Teresa Tolosa Pérez
Tutores: Vicenta M^a Piqueras García y Miguel Ángel Martín Rodríguez
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete

CONCEPTOS ESENCIALES

La revisión y presentación entre iguales se basa en los principios del autoaprendizaje.

El proceso de autoaprendizaje es innato en el ser humano y está en nuestras manos continuar aprovechando esta capacidad.

Este tipo de aprendizaje está modulado por los “otros”, que a la vez reciben y actúan como mecanismos de retroalimentación positiva.

Implican activamente a los sujetos en los proyectos y ejercen un efecto estimulador sobre el grupo.

1. INTRODUCCIÓN

El autoaprendizaje es una forma de adquirir conocimientos por uno mismo. Puede realizarse mediante la búsqueda de información o a través de prácticas o experimento. A pesar de lo novedoso en el ámbito académico, se trata de un proceso inherente en el ser humano para la adquisición progresiva de las funciones propias de la edad adulta.

La generalización del autoaprendizaje como modelo formativo es consecuencia de un largo tiempo de investigación a través de numerosos estudios llevados a cabo en diferentes entornos siendo el de la escuela primaria el más utilizado. Los resultados obtenidos en los distintos trabajos obtienen mejoras en el rendimiento superiores a quienes lo hicieron de manera convencional.

Este tipo de docencia se centra en actividades de aplicación y resolución de problemas. Puesto que la respuesta a estos problemas no es única, se deben ir generando distintas informaciones por medio de un debate llegando a la solución de problemas con la búsqueda de un consenso.

Las ventajas de esta forma de aprendizaje las podemos resumir en los siguientes puntos:

- Fomenta la curiosidad, la investigación y la autodisciplina.
- Se aprende a resolver los problemas por uno mismo.
- Es más entretenido que la forma de enseñanza tradicional.
- Al no tener que seguir el ritmo de un grupo, se puede dedicar más tiempo en lo que se tiene dificultades y menos a lo que resulta más fácil para uno mismo.
- Es más constructivo, no sólo se beneficia el que aprende sino que también el que enseña se adquiere capacidades para la resolución de problemas desde un punto de vista diferente y facilita la fijación de conocimientos. “Quien enseña aprende dos veces”.
- Puede ayudar a la definición de una personalidad definitiva de forma positiva.



Tabla 1. Objetivos de las revisiones entre iguales

OBJETIVOS DE LAS REVISIONES ENTRE IGUALES
Promover una reflexión en las personas en formación para que tomen conciencia de la relevancia de la ayuda entre iguales como actuación docente.
Ofrecer a las personas en formación la oportunidad de actuar como tutores, practicando una actuación docente efectiva.
Actuar tanto como tutor como tutorado, ofreciendo y recibiendo ayudas pedagógicas ajustadas, que favorezcan tanto el aprendizaje del contenido, como la reflexión sobre la práctica educativa.

El autodidacta es un ser productivo, un ser que enseña y aprende, un ser que motiva la enseñanza a las demás personas. El hecho de que los autodidactas puedan ayudarse entre ellos con ninguna o mucha menos intervención de un tutor como tal, hace que el costo del autoaprendizaje en términos económicos sea bajo (tabla 1).

2. MODELOS COGNITIVOS DEL APRENDIZAJE ENTRE IGUALES

Piaget propuso que la comprensión se desarrolla en los niños a través de los procesos de asimilación y de acomodación, asociados con la construcción de esquemas interiores para el entendimiento del mundo. Esto se ha llamado constructivismo cognitivo.

Vygotsky puso más énfasis en la interacción social, el idioma y el discurso dentro del desarrollo de la comprensión para permitir que los niños unos a otros proporcionen andamiaje del aprendizaje y hagan co-construcción. A esto se ha llamado constructivismo social.

A pesar de las aparentes diferencias entre estas dos teorías, ambas requieren la interacción entre los iguales. Las relaciones entre iguales pueden ser un contexto motivador para los individuos.

Las interacciones dentro de los contextos de aprendizaje entre iguales tipo Vygotsky serán cooperativas, es decir, la colaboración de dos compañeros facilita la construcción de un espacio intersubjetivo común que se va interiorizando progresivamente, con interrogatorios compartidos, empalme de ideas y menos consejos y orientaciones. Los compañeros trabajan juntos para generar un entendimiento conjunto.

En las técnicas de Piaget de tutoría entre iguales existe más dirección y apoyo del tutor ya que considera que la adaptación de estructuras cognitivas ocurre cuando la asimilación y la acomodación están en equilibrio.

Este equilibrio puede establecerse más fácilmente entre los iguales que entre formador y formado.

2.1. EL CONFLICTO COGNITIVO DEL APRENDIZAJE ENTRE IGUALES TIPO PIAGET (figura 1)

Las teorías de Piaget del aprendizaje colaborativo provienen de las teorías del equilibrio. Debe existir una reconciliación entre las creencias previas y las experimentadas recientemente. La nueva creencia, debe ser lo suficientemente cercana a la previa para ser relacionada con aprendizajes anteriores. El aprendizaje entre iguales es productivo mientras las creencias difieran y las tareas estén estructuradas de forma que hagan surgir el conflicto entre la creencia previa y la nueva.

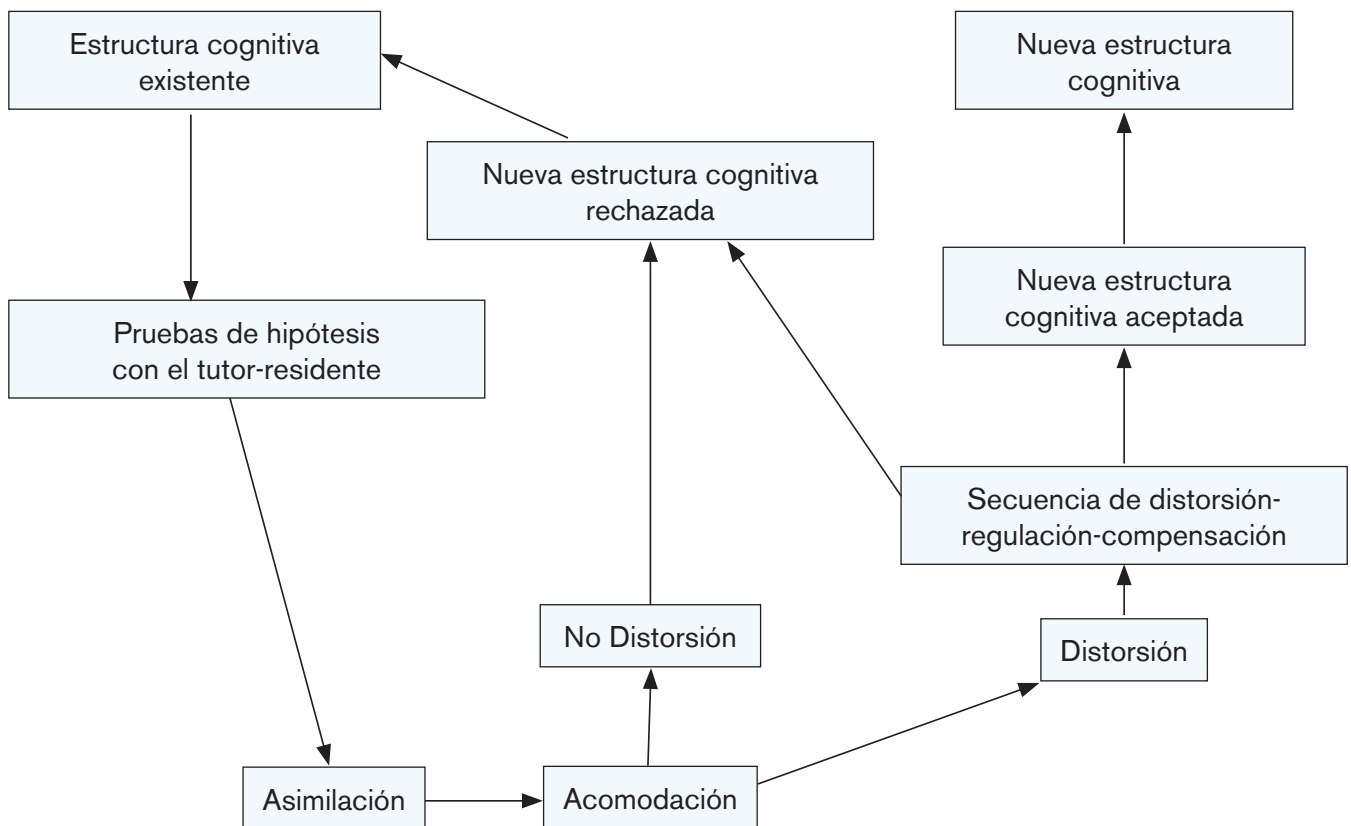
El papel de la interacción entre iguales en este caso, se da el de instruir, aconsejar y conducir a los aprendices hacia el desarrollo cognitivo interior. Junto a un compañero aprendiz se ponen a prueba las hipótesis desarrolladas dentro del sistema. Esto puede llevar a la asimilación y posterior acomodación de los conocimientos.

Con la acomodación no hablamos de un cambio mantenido a largo plazo sino que esto requiere el entendimiento más profunda de la nueva estructura cognitiva que lleva al equilibrio. Puede ocurrir que aquellos conocimientos nuevos coincidan con los existentes de forma que se obtiene un refuerzo en el aprendizaje. Pueden existir diferencias entre la nueva información y la previa iniciando sí un proceso de secuencias de perturbación-regulación-compensación.

2.2. EL APRENDIZAJE ENTRE IGUALES TIPO VYGOTSKY

Vygotsky considera como fundamental para el desarrollo del funcionamiento superior la mediación,

Figura 1. Modelo de constructivismo social a través del conflicto



subrayando la naturaleza esencial de las dimensiones sociales en el aprendizaje (tabla 2).

Enfatiza el papel del diálogo en el crecimiento cognitivo y sugiere que los aprendices son capaces de actuar en colaboración los unos con los otros en aquellos asuntos que no dominaban independientemente. Concluye que la interacción entre iguales en el proceso de aprendizaje es esencial para permitir la interiorización y el crecimiento cognitivo a largo plazo. Los debates surgidos, las preguntas formuladas facilitan la extensión del aprendizaje.

Con este modelo los objetivos a conseguir son:

- Maximizar el tiempo en la tarea y el tiempo involucrado en la tarea.
- La elaboración de metas y planes.
- La individualización en el aprendizaje y retroalimentación inmediata al entorno más cercano.
- Consideración de la emoción como una forma diferente pero influyente en el aprendizaje.

En el modelo de aprendizaje entre iguales implica las tutorías, el apoyo y el andamiaje de un igual. Para que esto ocurra, el tutor necesita adaptar el aprendizaje y sus actividades. El residente tutor actúa promoviendo este apoyo y andamiaje para generar co-construcción de nuevas estructuras cognitivas.

Para que este método de tutoría entre iguales tenga éxito, los tutores iguales necesitan adaptar y modular las demandas de procesamiento e información sobre la persona en formación, de forma que no sean excesivas pero tampoco escuetas. El tutor provee un modelo cognitivo de rendimiento competente, observando el rendimiento, detectando, diagnosticando, corrigiendo y contrarrestando los pensamientos erróneos.

Para llevar a cabo todo este tipo de tareas es preciso que exista habilidad de comunicación interpersonal.

El sentido de lealtad y responsabilidad de uno hacia el otro puede ayudar a mantener la motivación y evitar la dispersión de la tarea.



La figura 2 muestra un ejemplo de modelo teórico de aprendizaje entre iguales.

3. PROPUESTA DE MODELO DE AUTOAPRENDIZAJE ADAPTADO A GRUPO DE MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES DE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA

El aprendizaje entre iguales, en nuestro caso, entre residentes de psiquiatría, es un método de aprendizaje cooperativo basado en la creación de parejas, con una relación asimétrica (derivada del rol de tutor o del tutorado que desempeñan respectivamente), con un objetivo común, compartido y conocido que se logra a través de un marco de relación planificado por el tutor de residentes.

En definitiva, se trata de un residente que haciendo de tutor aprende, pues bien sabemos que enseñar es una buena forma de aprender. Y a la vez, el compañero tutorado aprende gracias a la ayuda personalizada del residente-tutor.

En cualquier dispositivo hospitalario, ya sea de mayor o menor número de residentes, se podría aplicar uno de los modelos de aprendizaje entre iguales. Entre éstos, podemos destacar los que en nuestra experiencia más se adecuan a un grupo de médicos internos residentes en formación:

■ Modelo de aprendizaje entre iguales

Este modelo lo llevarían a cabo bien una pareja, o un grupo de residentes del mismo año, es decir, con conocimientos teóricos y prácticos similares, sin tener en cuenta las diferencias individuales.

El aprendizaje se llevaría a cabo a partir de la exposición de uno de los miembros del grupo de un tema en concreto, que previamente ha sido preparado para la docencia de sus compañeros. Además de la exposición anterior, se generarán temas a debate con la participación y la aportación de ideas por parte de todos sus miembros.

En sesiones sucesivas, será otro de los residentes el que prepare la exposición sobre el tema seleccionado previamente por el grupo.

Figura 2. Ejemplo de modelo teórico de aprendizaje entre iguales

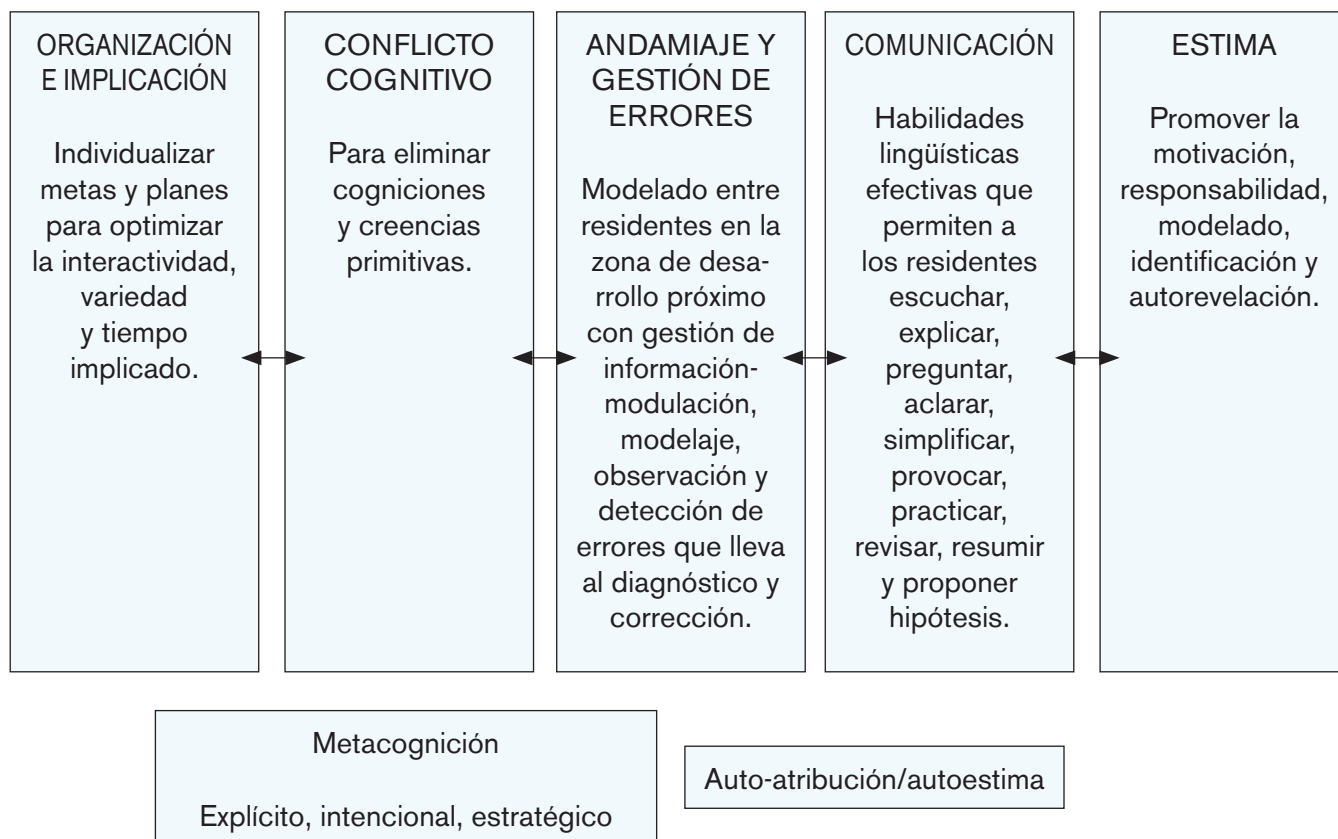


Tabla 2. Similitudes y diferencias entre el modelo cognitivo de Piaget y el de Vygotsky

Aspecto	Piaget	Vygotsky
Organización.	Ocurre entre individuos de la misma edad, con niveles de capacidad diferentes. Los tutores tienen acceso al "problema" sobre el cual trabajan con el tutorizado antes de la lección y se les permite un tiempo de preparación.	Sucede entre individuos de la misma edad, con niveles de capacidad diferentes. Los tutores tienen acceso al problema sobre el cual trabajarán con el tutorizado en el mismo momento que éste y, por lo tanto, no hay tiempo para una preparación previa.
Desarrollo cognitivo.	Para el tutor ocurre durante la preparación pre-interactiva. Para el tutorizado sucede como resultado de reflexiones post-interactivos.	Para el tutor sucede durante el proceso de tutoría. Ocurre tanto para el tutor como para el tutorizado como resultado de co-construcción durante el proceso interactivo.
Elementos de discurso que se esperan.	Preguntas y desacuerdos.	Explicaciones expresadas y empalme de ideas.
Desarrollos meta-cognitivos.	Para el tutor ocurre durante la preparación pre-interactiva. Para el tutorizado ocurre como resultado de reflexiones post-interactivas.	Para el tutor sucede durante el proceso de tutoría. Ocurre tanto para el tutor como para el tutorizado como resultado de co-construcción durante el proceso interactivo.
Desarrollo afectivo.	Ocurra previo a la interacción como resultado de ser asignado a un papel de tutoría. Para el tutor ocurre durante la preparación pre-interactiva. Para el tutorizado ocurre como resultado de reflexiones post-interactivas.	Ocurre previo a la interacción como resultado de ser asignado a un papel de tutoría. Se da tanto para el tutor como para el tutorizado como resultado del proceso de tutoría.
Elementos característico del habla que se da entre los alumnos durante la tutoría entre iguales.	Ejemplificar. Preguntar. Evaluar. Expresar desacuerdo.	Ejemplificar. Ensamblaje/co-construcción. Dar pistas. Conducir.

■ Modelo de aprendizaje alumno-tutor:

En este caso los grupos de trabajo estarían formados por miembros de diferente año de residencia, y por tanto, con desigualdad entre los conocimientos teóricos y prácticos, así como experiencia laboral. El residente de año de residencia mayor adquiriría el rol de tutor-profesor hacia los residentes de años inferiores. Las cla-

ses impartidas por el tutor-residente deberán estar previamente supervisadas por el adjunto-tutor, figura de referencia y control general.

El tutor-residente, además de los conocimientos teóricos impartidos, propondrá situaciones y temas a debate que pudieran haberle surgido durante su experiencia laboral a modo de simulacro para sus alumnos-residentes.



Los resultados avalan un incremento del rendimiento profesional, una reducción de la tasa de fracaso, una mejora en las habilidades sociales y terapéuticas, de hábitos de trabajo, de aptitudes positivas hacia lo profesional y un alto nivel de satisfacción.

3.1. PRINCIPALES PROBLEMAS DEL AUTOAPRENDIZAJE

Los principales problemas de esta modalidad docente se pueden resumir en:

- El hecho de que el estudiante-tutor no sepa promover la discusión en grupo, por ser demasiado directivo o, por el contrario, demasiado proclive al dejar hacer, es decir, exactamente lo mismo que un profesor-tutor ineficaz. Para evitar este problema, el único procedimiento es una adecuada formación de los residentes-tutores promoviéndose actividades comunes incluso a nivel nacional donde se unificaran tanto los temas a tratar como la forma de llevarlos a cabo.
- Un problema de relevancia importante dada la intensa carga asistencial hospitalaria, sería la interferencia de ésta en la realización de la docencia propiamente dicha dentro de la jornada laboral. Consideramos indispensable promover la creación de espacios docentes específicos en los cuales los residentes de cualquier año pudieran impartir o recibir docencia.
- La falta de uniformidad entre los aprendizajes de diversos hospitales docentes.

↑ RECOMENDACIONES CLAVE

Cualquier experiencia en el aprendizaje puede ser utilizada de forma beneficiosa en función de nuestra actitud.

Aprovechar el aprendizaje entre iguales en un ámbito como el hospitalario, enriquece a nivel teórico y a nivel personal.

Podemos proponernos esta situación como un reto y como un proyecto de futuro complementario con el resto de la formación tutelada.

4. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Durán Gisbert D, Huerta Córdoba V. Una experiencia de tutoría entre iguales en la Universidad mexicana de Oaxaca. *Revista Iberoamericana de educación*. 2008.

Thurson A, Van de Keere K, Topping KJ, Kosack W, Gatt S, Marchal J, Mestdagh N et al. Aprendizaje entre iguales en Ciencias Naturales de Educación Primaria: perspectivas teóricas y sus implicaciones para la práctica en el aula. *Revista electrónica de investigación psicoeducativa*. 2007;5(3):477-496.

Álvarez P, González M. La tutoría entre iguales y la orientación académica. Una experiencia de formación académica y profesional. *Educar*. 2005;36:107-128.

Durán D, Vidal V. Tutoría entre iguales: de la teoría a la práctica. Barcelona: Ed. Graó. 2004.

Cortesse C. Learning trough teaching. *Management Learning*. 2005;36(1):87-150.

5. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Vygotsky LS. *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Ed. Harvard University Press. 1978.

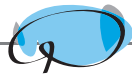
Díaz-Aguado MJ. *Educación intercultural y aprendizaje cooperativo*. Madrid: Ed. Pirámide. 2003.

Lobato C, Arbizu F, Del Castillo L. Claves de la práctica de la autorización entre iguales en las universidades anglosajonas. Algunas aplicaciones a nuestra realidad universitaria. *Revista Enfoques Educativos*. 2004;6(1):53-65.

Monedero C, Duran D. *Entramados. Métodos de aprendizaje cooperativo y colaborativo*. Barcelona: Ed. Edebé. 2002.

Wells G. *Indagación dialógica. Hacia una teoría y una práctica socioculturales de la educación*. Barcelona: Ed. Paidós. 2001.





74. NIVEL III. PRESENTACIONES EN REUNIONES CIENTÍFICAS



Autores: Ignacio Vera López e Ignacio Vidal Navarro

Tutor: Ángel Ramos Muñoz

Hospital Universitario de Getafe. Madrid

CONCEPTOS ESENCIALES

Conocer los elementos y contenidos comunes a detallar en cualquier trabajo de investigación que vaya a presentarse en una reunión científica.

Ajustarse a los requisitos de uniformidad para los manuscritos enviados a revistas biomédicas y de ciencias de la salud que puedes consultar en www.icmje.org.

Ajustarse estrictamente a los formatos, plazos, tiempos y extensiones dictados por el comité científico organizador.

1. ELEMENTOS Y CONTENIDOS COMUNES A LOS TRABAJOS PRESENTADOS EN REUNIONES CIENTÍFICAS

Los trabajos presentados en reuniones científicas deben contener una descripción clara, concisa y completa del proyecto de investigación desarrollado por los autores. La finalidad del trabajo de investigación es comunicar con fidelidad sobre los antecedentes existentes del tema a investigar, los objetivos del estudio, el material y los métodos empleados, los resultados obtenidos y la interpretación y conclusiones que pueden extraerse de los mismos. El trabajo de investigación debe comprender los apartados siguientes:

1.1. TÍTULO

El título debe ofrecer información precisa y clara sobre el tema principal del trabajo de investigación. Ha de ser descriptivo y atractivo para captar la mirada y la atención del oyente despertando curiosidad y estimulando el interés por el trabajo expuesto. Debe redactarse como una frase en tono afirmativo no siendo aceptables los tonos negativos ni interrogativos. Debe evitarse la introducción de jerga, abreviaturas o

siglas. Han de evitarse los títulos demasiado breves o demasiado extensos. La experiencia aconseja que un máximo de 15 palabras sean suficientes para la gran mayoría de los títulos.

↑ Elementos comunes en trabajos de investigación
Título.
Autoría y filiación.
Introducción y objetivos: ¿Qué y por qué se ha estudiado?
Material y métodos: ¿Cómo se ha estudiado?
Resultados, tablas y figuras: ¿Qué se ha observado?
Discusión y conclusión: ¿Qué significado tienen sus datos?
Referencias bibliográficas.
Agradecimientos.

1.2. AUTORÍA Y FILIACIÓN

¿Quién tiene derecho a aparecer como autor en un trabajo científico? Para que una persona aparezca



como autor en propiedad debe haber hecho una contribución intelectual sustancial a la investigación y estar en condiciones de presentar el trabajo y defender las críticas en reuniones de profesionales especialistas.

El reconocimiento de la autoría deberá basarse únicamente en contribuciones sustanciales en la concepción, diseño o análisis/interpretación de los datos, en la redacción o elaboración del borrador del trabajo, en la revisión crítica del contenido intelectual relevante y/o en el visto bueno definitivo de la versión a publicar.

El orden en que aparecen los autores deberá ser una decisión conjunta de los coautores. El primer nombre debe corresponder al autor principal. Luego vienen los demás en orden decreciente de importancia de la contribución. Es importante no incluir un número desproporcionadamente alto de autores (autorías múltiples) ni excluir verdaderos autores (autorías incompletas). En los trabajos de autor corporativo (autorías colectivas) se debe especificar quiénes son las personas principales que responden del documento y limitarse a agradecer al resto de personas que colaboran en el proyecto. Debe incluirse el nombre del departamento y centro de trabajo al que pertenece cada autor y es recomendable una dirección postal o electrónica para poder contactar con los autores.

1.3. INTRODUCCIÓN

La introducción responde al qué y al por qué de la investigación y su objetivo es centrar el tema. El autor debe trasladar al mundo del lector los fundamentos y aportaciones que pretende alcanzar el estudio, es decir, debe justificar la realización del trabajo de investigación en “el aquí y ahora” y definir sus objetivos específicos. Los elementos comunes a incluir en toda introducción se detallan en la tabla 1.

1.4. MATERIAL Y MÉTODOS

El objetivo de este apartado es comentar cómo se realizó la el trabajo de investigación. Es necesario incluir la información suficiente para que un lector pueda comprender todo el proceso de investigación y con el detalle suficiente para que otros investigadores puedan replicar el estudio. Los elementos comunes a incluir en toda introducción se detallan en la tabla 2.

1.5. RESULTADOS

La finalidad de este apartado es presentar los hallazgos que los autores han encontrado en su investigación y los resultados de su análisis, es decir, mostrar si los datos obtenidos apoyan o no las hipótesis de trabajo. En esta sección se presentan los datos que

↑ Tabla 1. Elementos comunes a incluir en toda introducción

Enunciación del problema general. Es necesario detallar la importancia del problema en términos de magnitud, interés social, gravedad, beneficios o aplicaciones prácticas que pueden derivarse del estudio.
Revisión de los antecedentes del problema. Es necesario, realizar una revisión del tema y asegurarse de que la pregunta que se formula no ha sido contestada previamente o que lo ha sido de forma contradictoria (pertinencia del problema). No se trata, no obstante, de hacer una revisión exhaustiva del tema.
Definición del problema de investigación. Es necesario pensar qué aspectos novedosos aportará la investigación a los trabajos previos.
Enunciar el objetivo del estudio. Es necesario definir explícita y claramente los objetivos específicos del estudio huyendo de objetivos generales y vagos. El objetivo específico es la pregunta principal que se pretende contestar formulada con precisión y sin ambigüedades y en términos mensurables. Debe concebirse como una hipótesis contrastable. El objetivo específico lleva implícita la pregunta que el investigador propone como posible explicación. Haremos referencia a la viabilidad (ética, material, humana) del proyecto.

↑ Tabla 2. Elementos comunes a incluir en todo material y métodos

Tipo (diseño) del estudio epidemiológico.
Población de estudio. Haremos referencia a la población de referencia –detallando la procedencia de los sujetos–, a los criterios de selección (inclusión y exclusión), a la técnica de captación de los sujetos y, en caso de haberlas usado, a las técnicas de muestreo y de cálculo del tamaño muestral.
Período de estudio.
VARIABLES DE ESTUDIO. Es necesario definir con precisión cada una de las variables de estudio con especial hincapié en la definición y medición de la enfermedad o exposición a estudiar.
Métodos y fuentes de información.
Material clínico (nombres genéricos) empleado.
Protocolo del estudio: tipo, lugar y calendario de las actividades de seguimiento o quiénes y cuántos lo han llevado a cabo, entre otros.
En el caso de los ensayos clínicos, es necesario especificar el método de asignación de los participantes a los grupos de estudio, si ha existido un período de aclaración o blanqueo previo a la intervención, las técnicas de registro de la presencia de reacciones adversas, los criterios utilizados para la retirada anticipada de sujetos o las técnicas de enmascaramiento utilizadas.
Análisis estadístico: es necesario detallar la estrategia y técnicas de análisis estadístico empleadas suministrando información o referencias referentes a los métodos empleados. Es recomendable hacer constar el programa estadístico utilizado e indicar la naturaleza de la hipótesis evaluada y el nivel crítico de significación.
Aspectos éticos: debe especificarse si el estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica Correspondiente así como si se cumplen los requisitos éticos vigentes (con especial referencia al consentimiento informado y la confidencialidad de los datos).

se han observado pero no se interpretan, lo que debe hacerse de forma concisa y contener sólo la información importante pero sin omitir nada que pueda interesar al lector o que sea necesario para la adecuada comprensión de los hallazgos. Es conveniente evitar la exposición excesivamente detallada y exhaustiva de los datos numéricos, y recurrir a su síntesis, organización y presentación en tablas y figuras, cuando sea adecuado, teniendo en cuenta que su función es complementar y no duplicar el texto. En el texto deben resaltarse los hallazgos principales, es decir, aquellos que se refieren a las hipótesis de trabajo y en los que se basarán las conclusiones, y remitir al lector a las tablas y figuras en las que encontrará organizados el resto de datos relevantes.

Los resultados se han de presentar siguiendo una sucesión lógica.

- En primer lugar, se expondrán los datos descriptivos de las principales características de los sujetos estudiados.

- En los estudios analíticos, a continuación se evalúa la comparabilidad de los grupos de estudio sobre las variables que puedan influir en la respuesta.
- Por último, se presenta el resultado principal, que corresponde a la estimación del efecto del factor de estudio sobre la variable de respuesta, o bien a la estimación de la asociación entre ambas variables.
- A continuación se presentan los resultados del análisis de subgrupos si se ha realizado.
- Y, finalmente, los relacionados con las preguntas secundarias del estudio.

En cualquier estudio, hay que informar del número de no respuestas o de personas perdidas durante el seguimiento así como de los motivos por los que se han producido. La información sobre los resultados de las pruebas estadísticas debe incluir la prueba utilizada, el valor del estadístico, los grados de libertad y el grado de significación estadística así como los intervalos de confianza.



1.6. DISCUSIÓN

La discusión es la coronación del proyecto de investigación y responde a la pregunta ¿Cuál es el significado de los hallazgos de investigación? En la discusión se interpretan los resultados destacando los aspectos más novedosos y relevantes, analizándolos de forma cautelosa, relacionándolos con las teorías subyacentes, comparándolos de forma objetiva con los hallazgos de otros estudios y argumentando las conclusiones que de todos ellos se derivan.

En la discusión, deben también valorarse la validez interna del estudio –comentando sus limitaciones y sesgos potenciales– y su validez externa –es decir, el grado en el que se pueden extrapolar o generalizar los resultados– exponiendo sus implicaciones teóricas y prácticas.

Finalmente, deben realizarse recomendaciones de cara a estudios posteriores indicando posibles futuras líneas de investigación e incluir todas aquellas deducciones que puedan sustentar un futuro estudio.

↑ 1.7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Las referencias bibliográficas se citarán siguiendo el estilo de los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas utilizados por la National Library of Medicine (NLM) de los Estados Unidos en el *Index Medicus* y que también son conocidos como Normas de Vancouver.

Las normas de Vancouver especifican cómo debe citarse cualquier tipo de documento científico. En la medida de lo posible, es necesario evitar citar como referencia los resúmenes presentados en congresos u otras reuniones científicas y las observaciones personales o comunicaciones no publicadas. Las alusiones a trabajos admitidos para su publicación pero aún no publicados deberán aparecer como en prensa o de próxima publicación. Las citas deben ser recientes: la mayoría de ellas no superiores a los 5-10 años desde la publicación.

El autor deberá cotejar las referencias comprobándolas con los artículos originales. Las referencias se numerarán de manera correlativa según el orden en el que aparecen por primera vez en el texto. Se identificarán en el texto, tablas y leyendas mediante números arábigos entre paréntesis.

1.8. AGRADECIMIENTOS

En un lugar adecuado del trabajo de investigación se podrán incluir a) los agradecimientos a la ayuda intelectual (que no justifiquen la autoría), b) los agradecimientos a la ayuda técnica y c) los agradecimientos al apoyo económico o material.

2. TIPOS DE TRABAJOS PRESENTADOS EN REUNIONES CIENTÍFICAS

Existen varias formas de presentar la información de los proyectos de investigación aunque pueden resumirse básicamente en: comunicaciones orales (ponencias, talleres, conferencias o mesas redondas) y comunicaciones escritas (póster). Estas formas de exposición contribuyen al intercambio de información entre los que asisten a dichos congresos. Al presentar una comunicación oral o escrita en una reunión científica deberemos explicar al público asistente nuestro trabajo de investigación explicando de la manera más clara y concisa posible cada uno de los puntos tratados en el apartado anterior. Es necesario leer detenidamente las normas de presentación de la reunión científica a la que asistiremos ciñendo estrictamente nuestros trabajos a los formatos, espacios y tiempos especificados.

Las comunicaciones orales son mucho más diversas en cuanto a formas y tiempos de presentación (conferencias, mesas redondas, talleres, seminarios, ponencias) y varían mucho de unas reuniones científicas a otras. Las comunicaciones escritas en forma de póster son cada vez más frecuentes y bastante uniformes en sus requisitos y constituyen el grueso de las presentaciones de los médicos internos residentes en las reuniones científicas por los que las explicaremos en mayor detalle a continuación.

3. EL PÓSTER: UNA FORMA DE PRESENTACIÓN EN UN CONGRESO

El póster (o comunicación póster) no debe ser considerado como un tipo de comunicación de segunda fila. En muchas ocasiones los pósters recogen las aportaciones más interesantes de un congreso. De hecho, en los últimos años algunos congresos científicos han eliminado las clásicas presentaciones orales y todas las presentaciones han de ser en forma de póster reservándose las ponencias orales

para los autores e investigadores más reconocidos en cada área de interés. El póster es una alternativa a la comunicación oral que tiene la misma finalidad que ésta pero que además ofrece la posibilidad de poder presentar estudios, proyectos o experiencias que por diversos motivos no se puedan presentar como comunicación oral.

El póster constituye un tipo de comunicación con un potencial enorme. Posibilita la transmisión concisa, clara y permanente (mientras dura la reunión o congreso) de su contenido, sin la fugacidad de las comunicaciones orales. Además, la posibilidad de entablar una comunicación directa con los autores del póster permite comentarlo y discutirlo de manera sosegada y tranquila, algo difícil de conseguir en una sesión de comunicaciones orales. Además, el autor no ha de demostrar su erudición ni la presentación ha de convertirse en un difícil examen y tampoco está sometido a la presión que supone una presentación oral.

4. PASOS PARA PRESENTAR UN PÓSTER

4.1. EL RESUMEN

El paso previo a cualquier presentación en un congreso, sea oral o en forma de póster, lo constituye la preparación del resumen del trabajo a presentar. Este resumen debe seguir unas normas establecidas por la organización del congreso en lo que se refiere a formato, estructura y extensión y debe enviarse dentro de un plazo determinado para ser aceptado o rechazado por el comité científico. El resumen deberá incluir los apartados explicados en el punto "Elementos y contenidos comunes a los trabajos presentados en reuniones científicas" ya detallado en este capítulo.

4.2. EL PÓSTER

Una vez el resumen ha sido aceptado por el comité científico para su presentación en el congreso debemos elaborar el póster. En un póster han de considerarse dos aspectos importantes y complementarios: el contenido y la presentación. Antes de pasar a la realización del póster debemos disponer de un texto (si hemos hecho un buen resumen, este resumen ampliado, puede servirnos) y debemos tener claro qué tablas, figuras e imágenes queremos

incluir. El póster debe seguir una secuencia lógica, que progrese de izquierda a derecha y desde la parte superior hacia abajo.

4.2.1. Diseño del póster

Los apartados en que se divide el contenido del póster pueden variar ligeramente según el tipo de trabajo de investigación y las normas editoriales de la reunión científica pero básicamente son los mismos que se han incluidos en el resumen, esto es, título, autores y su filiación, introducción, metodología, resultados incluyendo figuras y tablas, conclusiones, referencias bibliográficas y agradecimientos.

4.2.2. Sugerencias para confeccionar un póster

- Tipo y tamaño de letra. Es preferible usar tipos de letra sencillos (Arial, Times New Roman, Helvética), combinando mayúsculas y minúsculas y no combinar más de dos tipos de letras distintos en todo el póster. Debe cuidarse la justificación del texto. A continuación se incluyen algunas sugerencias sobre el tamaño y el tipo de letras.
 - Título: tiene que poder leerse desde lejos (1,5-2 metros de distancia), al menos 36 puntos y en negrita.
 - Autores, filiación y encabezamiento de los apartados: 30 puntos o más y en negrita.
 - Encabezamientos de niveles inferiores de los apartados: 24 puntos o más y en negrita.
 - Texto: 20 puntos o más y no utilizar negrita.
- Contenido. En el póster han de predominar las figuras, tablas e imágenes sobre el texto y no debe estar demasiado abigarrado ni con demasiados espacios en blanco. Es necesario cuidar especialmente la redacción y la ortografía.
- Medidas. Tener en cuenta las medidas fijadas por la organización del congreso.
- Colores y tipos de figuras, imágenes y gráficos. Es importante tener en cuenta los colores que utilizaremos. El texto, las tablas y las figuras deben contrastar y no confundirse con el fondo. Hay que procurar que las tablas, figuras e imágenes guarden armonía en cuanto a tamaño, tipografía y colores, entre ellos y con el resto del póster.



- ¿Más de un póster? Si nosotros, o nuestro centro, presentamos más de un poster en un congreso puede ser interesante utilizar diseños similares en todos ellos e incluso diseños similares en todos los congresos a los que asistamos. También podemos incluir el logo o anagrama del centro.
- Presentación oral del póster. En algunos congresos, se hace una pequeña presentación oral de los pósters en una sesión especial destinada a este fin. Habrá que preparar esta presentación ciñéndose estrictamente al tiempo que nos han asignado.

RECOMENDACIONES CLAVE

Ser claro y conciso en la transmisión de la información.

Agurarse de incluir toda la información necesaria que permita la perfecta comprensión de nuestro proyecto.

5. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Argimón Pallás JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 1ª ed. Madrid: Ed. Elsevier España, S.A. 2004.

Hulley SB. Diseño de investigaciones clínicas. 1ª ed. Barcelona: Ed. Lippincott Williams and Wilkins. Wolters Kluwer Health. 2008.

Erren TC, Bourne PE. Ten simple rules for a good poster presentation. 2007;3(5):102.

García AM. Nueva versión de los Requisitos de uniformidad para los manuscritos enviados a revistas biomédicas y de ciencias de la salud. Gac Sanit. 2004;18:163-5.

Miller JE. Preparing and presenting effective research posters. Health Serv Res. 2007; 42(1):311-28.

6. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Pérez-Hoyos S, Plasencia A. Aspectos éticos en la publicación de manuscritos en revistas de salud pública. Gac Sanit. 2003;17:266-7.

Bobenrieth Astete M. El artículo científico original. Estructura, estilo y lectura crítica. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. 1994.

Miller JE. Preparing and presenting effective research posters. Health Serv Res. 2007; 42(1):311-28.

Sorgi M, Hawkins C. Guía para la preparación de exposiciones de póster. En: Sorgi M, Hawkins C (eds.). Investigación médica. Cómo prepararla y cómo divulgarla. Barcelona: Ed. Medici, S.A. 1990:175-176.

Dominguez P. El pòster: una forma de comunicació científica que es mereix ser potenciada. But Soc Cat Pediatr. 1994;54:59-60.

Kroenke K. Poster sessions. Am J Med. 1987;83:1129-1130.



75. NIVEL IV. INCORPORACIÓN A LÍNEA DE INVESTIGACIÓN



Autores: Verónica Gálvez Ortiz, Pedro Toledano Tortajada y Esther Vía Virgili
Tutor: José Manuel Crespo Blanco
Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona

CONCEPTOS ESENCIALES

Los objetivos de la formación del residente están vinculados a la adquisición de diferentes competencias, entre las que se incluyen las vinculadas al conocimiento y la investigación.

La incorporación a una línea de investigación en el centro de formación es uno de los mejores instrumentos para adquirir capacitación en esta área.

El tutor ha de planificar, supervisar y evaluar la incorporación a una línea de investigación en colaboración con otros profesionales implicados en este dispositivo.

El residente ha de cumplir unos requisitos previos necesarios para incorporarse a este tipo de estructuras y durante el periodo de formación en esta área ha de obtener unos objetivos concretos en las competencias de investigación.

Este proceso ha de ser activo, dinámico, supervisado y con una incorporación progresiva.

Las unidades docentes han de favorecer la posibilidad de una mayor implicación por parte del residente al finalizar el periodo de formación.

➔ 1. IMPORTANCIA DE INCORPORARSE A LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN EN PSIQUIATRÍA

La reciente orden SCO/2616 de fecha 1 de septiembre de 2008 por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de psiquiatría, incluye entre los ámbitos de actuación de la psiquiatría (Art. 3.2.) la investigación que califica como “esencial en la medicina moderna”.

Este nuevo programa formativo conceptualiza a la psiquiatría como una especialidad médica básica de la que nacen diversas ramas con un contenido diferenciado. Partiendo de este planteamiento amplía la

formación de los residentes en materias tales como psicoterapia, adicciones, psiquiatría infantil, gerontopsiquiatría, incluye asimismo, formación en investigación, en programas de salud mental y en gestión de recursos. Por lo tanto esta Orden establece como necesaria y pertinente la formación en investigación como requisito necesario para la obtención del título de especialista en psiquiatría (BOE 224/16 de septiembre 2008).

Los objetivos de la formación del residente están vinculados a la adquisición de diferentes competencias, entre las que se incluyen las vinculadas al conocimiento y la investigación. Siguiendo el programa formativo de la especialidad dichas competencias son:



- Acceder a la información adecuada y aplicarla en la clínica y en la formación del personal sanitario en temas de salud mental y psiquiatría.
- Desarrollar, implementar y monitorizar una estrategia personal de formación continuada.
- Integrar la investigación básica o preclínica en la solución de los problemas concretos que incumben a los clínicos.
- Potenciar la investigación clínica aplicada por sus implicaciones a todos los niveles y como avance del conocimiento.
- Contribuir al desarrollo de nuevos conocimientos y a la formación de otros profesionales de la salud.

Desde nuestra perspectiva incorporarse a una línea de investigación que ya esté en desarrollo en la unidad docente, permite contribuir a la obtención de estos objetivos y competencias así como cumplir con aspectos básicos del programa formativo MIR como son el deber general de supervisión y la responsabilidad progresiva del residente en la adquisición de habilidades. Esta incorporación también permite mejorar y completar el perfil curricular con actividades científicas o con méritos académicos como la suficiencia investigadora o la obtención del grado de doctor.

➡ Los estudios de medicina han permitido que los residentes de primer año hayan recibido una serie de conocimientos teóricos y filtrados que han contribuido a una involuntaria adquisición del hábito de aceptar el criterio de autoridad y veracidad de los conocimientos sobre la base de quien los transmite. Por ello, se debe aprender la capacidad de evaluar con sentido crítico el contenido del conocimiento que se recibe. Parece evidente que aquellos residentes que hayan sido formados en la aplicación del método científico a lo largo de la residencia podrán disponer en mayor medida de este espíritu crítico. Con la enseñanza de metodología y la aplicación del método científico se comprenderá que éste es el medio más adecuado para enriquecer el cuerpo de verdades de que disponemos y la mejor herramienta para anular las opiniones arbitrarias ya que asegura la mayor certeza lógica hasta el presente. La posibilidad de disponer de un periodo de formación específico para este objetivo constituye una oportunidad para intentar optimizar todos los

recursos de la unidad docente (incluso docentes a nivel de investigación).

2. REQUISITOS PREVIOS

➡ El momento de plantear la incorporación a una línea de investigación ha de ser posterior a la obtención de un nivel elemental de capacitación y conocimiento en el diagnóstico y tratamiento de los principales trastornos mentales. Aproximadamente alrededor del segundo año del periodo de formación se puede haber conseguido este objetivo a un nivel básico.

➡ Para obtener una mejor rentabilidad de este periodo es necesario disponer de unos conocimientos previos que progresivamente se han de consolidar. En un principio estos requisitos previos serán básicos pero en función de la progresión de la residencia han de constituir un objetivo docente. Se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Habilidades diagnósticas y terapéuticas en los principales cuadros.
- Conocimientos en epidemiología y metodología de la investigación.
- Formación teórica básica en estadística descriptiva e inferencial.
- Experiencia en exploraciones psicopatológicas y psicometría.
- Experiencia de trabajo en el entorno clínico.
- Nivel básico de inglés (al menos capacidad de lectura científica).
- Manejo de software a nivel ofimático (incluyendo bases de datos) y de herramientas de análisis estadístico (SPSS o similar).
- Conocer los diferentes buscadores y fuentes bibliográficas utilizadas en investigación (PubMed, Endnote...).
- Actitud constructiva que se refleje en interés por alguna de las áreas e investigación, disposición a la reflexión investigadora o motivación para buscar soluciones a un problema.

3. SUPERVISIÓN

➡ La formación en competencias de investigación requiere una tutorización al igual que ocurre con la

mayor parte de actividades desarrolladas a lo largo del periodo de formación. Esta tutorización corresponde al tutor docente de manera independiente a que otros profesionales puedan colaborar en esta formación. El Real Decreto que regula la formación especializada (BOE 45/21 de febrero de 2008) define al tutor como el profesional especialista en servicio activo que estando acreditado como tal tiene la misión de planificar y colaborar activamente en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente a fin de garantizar el cumplimiento del programa formativo de la especialidad.

➔ El tutor es el primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente, por lo que mantendrá con este un contacto continuo y estructurado, cualquiera que sea el dispositivo de la unidad docente en el que se desarrolle el proceso formativo. Es decir podrá plantear la incorporación a una línea de investigación de la misma forma que planifica una rotación docente concreta, incluyendo la participación de otros profesionales. Es recomendable que el tutor siga este proceso de aprendizaje y mantenga entrevistas periódicas con los profesionales que participen en la formación de estos aspectos en el dispositivo correspondiente. Por tanto en esta área concreta las funciones del tutor serán planificar, gestionar, evaluar y supervisar todo el proceso de formación de capacidades de investigación así como proponer, cuando proceda, medidas de mejora en el desarrollo del programa. La unidad docente ha de disponer de líneas de investigación en caso contrario ha de facilitar la incorporación a estructuras vinculadas en otros dispositivos.

La investigación es un proceso dinámico que requiere un periodo prolongado de dedicación. Este aspecto ha de ser tenido en cuenta por el residente que ha de disponer de la información adecuada al respecto del trabajo que podrá realizar en cada una de las líneas establecidas en su centro formativo, para así poder realizar una decisión ponderada. Evidentemente, en esta decisión el residente se ha de plantear la posibilidad de realizar la tesis doctoral, solicitar becas post-residencia o incluso valorar las salidas laborales en este campo. Estas decisiones no han de ser tomadas en el segundo año de la residencia pero si tenidas en cuenta especialmente a la hora de asignar las diferentes líneas de investigación ofertadas.

4. ÁREAS DE INVESTIGACIÓN

➔ Las áreas de investigación comprenden todas las facetas de la profesión. Cualquier aspecto que implique una pregunta que se ha de responder mediante un diseño metodológico que siga el método científico es susceptible de constituir área o línea de investigación. Las líneas de investigación constituyen una de las actividades de diferentes dispositivos y en ocasiones pueden constituir parte de la oferta de la unidad docente. Hay una tendencia a sobredimensionar los aspectos neurobiológicos dentro de estas líneas pero no hemos de obviar el conocimiento de aspectos psicosociales en el desarrollo de los trastornos mentales ni los aspectos terapéuticos no farmacológicos. En la tabla 1 se recogen algunas de estas áreas de investigación activas en psiquiatría.

Tabla 1. Áreas de Investigación en psiquiatría

Áreas de Investigación en psiquiatría
Epidemiología.
Genética y epigenética.
Clínica (aunque la mayoría de centros dividen los grupos de investigación según los diferentes trastornos).
Aspectos psicosociales.
Farmacología.
Terapéutica no farmacológica.
Neuroimagen.
Neuropsiquiatría.
Endocrinología y psiquiatría.
Inmunología en psiquiatría.



5. PAPEL DEL RESIDENTE, OBJETIVOS Y TIEMPO MÍNIMO

El residente ha de tener una actitud activa y constructiva con la adquisición de las competencias en investigación. La unidad docente ha de posibilitar la participación en una línea de investigación con el objetivo inicial de adquirir estas habilidades pero sin desdeñar objetivos a más largo plazo. Este posible compromiso a más largo plazo puede mediatizar un papel más relevante en la propia línea de investigación incluyendo asumir responsabilidades específicas. En la medida de lo posible es recomendable que el residente pueda elegir la línea concreta ya que esta circunstancia le permite elegir áreas compatibles con sus intereses.

El objetivo principal de la vinculación a una línea de investigación es iniciarse en la actividad investigadora de una forma progresiva, supervisada y tutorizada, para así complementar la actividad clínica y adquirir conocimientos en el campo de la investigación. El residente deberá iniciarse en métodos y técnicas

de investigación que le ayuden en su proceso de aprendizaje así como en el diseño y planificación de futuros trabajos. El papel del residente debe ser el de participar activamente en los proyectos abiertos de dicha línea, así como el de proponer nuevos temas relacionados con la línea a la que pertenece. En las unidades docentes se establecen diferentes prioridades a sus residentes en función de los objetivos conseguidos (ver tabla 2).

↑ El residente ha de cumplir unos objetivos durante esta formación transversal (tabla 3). Comienza a un nivel teórico para pasar a un nivel más metodológico y finalmente un nivel estadístico-analítico. Ha de ser capaz de elaborar presentaciones gráficas o comunicaciones orales a partir de trabajos realizados en la línea de investigación. Participar en las diferentes fases de elaboración de un artículo científico o colaborar en la solicitud de un proyecto de investigación son otras actividades para las que ha de recibir formación. El objetivo final sería la adquisición de habilidades y competencias necesarias en el ámbito investigador (tabla 3).

↑ Tabla 2. Prioridades según las unidades docentes

Prioridades según las unidades docentes
<ul style="list-style-type: none">■ Prioridad I: (indispensable, adquiridas por todos los residentes)<ul style="list-style-type: none">– Identificar necesidades y formular adecuadamente preguntas.– Conocer estrategias de búsqueda bibliográfica.– Realizar lectura crítica de trabajos científicos.– Conocer aplicaciones de Guías de practica clínica.– Identificar aspectos éticos de la investigación.– Conocer Normas de publicación.– Colaborar en algún proyecto de investigación.
<ul style="list-style-type: none">■ Prioridad II: (importante, adquiridas por la mayoría de los residentes)<ul style="list-style-type: none">– Plantear/ diseñar un trabajo de investigación: metodología.– Conocer ensayos clínicos.– Presentar resultados de una investigación en forma de comunicación a un congreso.
<ul style="list-style-type: none">■ Prioridad III: excelente<ul style="list-style-type: none">– Búsqueda de información en Internet.– Llevar a cabo un proyecto de investigación.– Estrategias de análisis estadístico.– Conocimientos y habilidades para escribir un original.

Tabla 3. Objetivos a cumplir durante la vinculación a la línea de investigación

Objetivos a cumplir durante la vinculación a la línea de investigación
<p>1. Adquirir los distintos niveles del proceso de investigación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Nivel teórico-conceptual. <ul style="list-style-type: none"> – Selección del tema de investigación. – Revisión de la literatura. – Formulación de objetivos o hipótesis de investigación. ■ Nivel técnico-metodológico. <ul style="list-style-type: none"> – Selección de la metodología de investigación. – Estudio de las variables. – Muestreo. ■ Nivel estadístico-analítico. <ul style="list-style-type: none"> – Instrumentos de recogida de datos. – Procedimiento de la recogida. – Análisis de datos. – Conclusiones. <p>2. Comunicación de resultados y redacción de artículos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Resumen o abstract. ■ Introducción. ■ Metodología. ■ Análisis y resultados. ■ Discusión o conclusiones. ■ Otras secciones del informe.

Definir el tiempo que el residente ha de estar vinculado a una línea de investigación no es fácil, ya que la formación en competencias de investigación es un proceso formativo transversal donde es difícil obtener resultados a corto-medio plazo. Sin embargo, y como hemos comentado anteriormente, el objetivo principal es iniciarse en estas habilidades y en lo que conlleva el proceso de investigación. Para cumplir este objetivo inicial y si tenemos en cuenta la adquisición de unos requisitos previos, parece prudente considerar una duración temporal mínima

de aproximadamente dos años. Es recomendable ofrecer la oportunidad de continuar estas tareas durante un periodo de tiempo más allá del periodo formativo de la residencia. Para ello se recomienda informarse de las distintas becas de apoyo a la formación dependientes de cada comunidad autónoma así como otras de ámbito nacional (p. ej. becas Río Hortega para aquellos que han terminado la especialidad, becas Alicia Koplowitz, becas Fundación Castilla del Pino, becas que dependen del Instituto de Salud Carlos III...).



↑ Tabla 4. Habilidades y competencias en ámbito investigador

Habilidades y competencias en ámbito investigador
Razonamientos inductivo –deductivo– y de simulación.
Pensamiento crítico.
Capacidad de definir y resolver problemas .
Creatividad y curiosidad.
Trabajo en equipo.
Tratamiento, interpretación y evaluación de la información.
Prácticas multi, inter y transdisciplinarias.
Espíritu de equipo y la capacidad de autodefinición del trabajo.
Capacidad de comunicación, de difusión de los resultados de la investigación.
Anticipación, análisis de riesgos y prospectiva.
Capacidad de coordinación, organización, liderazgo
Flexibilidad y adaptabilidad.
Métodos de trabajo variables, adaptabilidad.
Responsabilidad y compromiso social, económico y tecnológico
Prácticas éticas.

RECOMENDACIONES CLAVE

La formación en investigación es uno de los objetivos docentes del programa formativo para la especialidad de psiquiatría.

La incorporación a una línea de investigación de la unidad docente constituye una herramienta docente en la capacitación de habilidades en este campo.

El tutor ha de planificar, gestionar, supervisar y evaluar el proceso de formación en esta área.

Este proceso ha de ser activo, dinámico y con una incorporación progresiva así como una supervisión decreciente.

Para incorporarse a una línea de investigación el residente ha de haber adquirido un nivel básico de habilidades diagnósticas y terapéuticas así como conocimientos en metodología de la investigación, formación elemental en estadística, conocimiento de los diferentes buscadores y fuentes bibliográficas, manejo de software para investigación, inglés básico y una actitud constructiva con capacidad para trabajar dentro de un equipo.

Durante el periodo de formación el residente ha de adquirir y consolidar unas habilidades y competencias concretas en el ámbito investigador para lo que se han de estipular unos objetivos específicos a cumplir durante la vinculación a la línea de investigación.

Las unidades docentes han de favorecer la posibilidad de continuar la vinculación con la línea de investigación por parte del residente al finalizar el periodo de formación.

6. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Daly LE, Bourke GJ. Interpretation and uses of medical statistics, 5 th ed. Oxford, UK: Ed. Blackwell Scientific. 2000.

Gregory G. Concise guide to evidence-based psychiatry. Washington: Ed. American Psychiatric Publishing Inc. 2004.

Puerta JL, Mauri A. Manual para la redacción, traducción y publicación de textos médicos. Barcelona: Ed. Masson. 1995.

Hall, George M (ed). How to write a paper. 2nd. ed. London: Ed. BJM Books. 1998.

Orden SCO/2616/2008 de 1 de septiembre por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de psiquiatría (BOE 224).

Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero por el que se desarrollan aspectos del sistema de formación sanitaria especializada (BOE 45).

Recursos electrónicos: SCOPUS, Medline Pubmed, in Web of Knowledge, CORDIS, Cochrane Library, DOCUMED, SCIRUS.

7. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Greenhalgh T. How to read a paper: the basics of evidence based medicine, 2nd ed. London: Ed. BMJ Books. 2001 .

Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS et al. Evidence based medicine: how to practice and teach EBM, 2nd ed. New York: Ed. Churchill Livingstone. 2000.

Stacpoole PW, Fisher WR, Flotte TR et al. Teaching hypothesis oriented thinking to medical students: the University of Florida's clinical investigation program. Acad Med. 2001;76(3):287-292.

Woodcock JD, Grenley S, Barton S. Doctor's knowledge about evidence-based medicine terminology. BMJ. 2002;324:929-930.

Rosenblatt RA, Desnick L, Corrigan C et al. The evolution of a required research program for medical students at the University of Washington School of Medicine. 2006;81 (19):877-881 .

Villalonga R. Protocolo de supervisión y nivel de responsabilidad de los residentes durante la atención continuada. HUB. Noviembre 2009.





76. NIVEL V. DOCTORADO



Autores: Raquel Álvarez García, Diana Zambrano-Enríquez Gandolfo y Ezequiel Di Stasio
Tutor: Enrique Baca-García
Fundación Jiménez Díaz. Madrid

CONCEPTOS ESENCIALES

El doctorado permite el acceso a la realización de actividades docentes e investigadoras.

El acceso es posible tras la realización de los programas oficiales de postgrado.

1. OBJETIVO DEL TERCER CICLO

La finalidad del tercer ciclo de estudios universitarios, es que el doctorando, se capacite para el desarrollo de actividades de investigación de forma autónoma. Es imprescindible para la entrada en la carrera académica.

Esta formación, se realizará a través de un programa de doctorado, estructurado y compuesto por diferentes escalones:

- Periodo de formación inicial.
- Periodo de investigación: elaboración de trabajo de investigación que culmina con la obtención Diploma de Estudios Avanzados (DEA).
- Elaboración y defensa de la tesis doctoral.

Para la realización de la tesis doctoral, es necesario superar previamente el título de máster y de grado, englobados dentro del periodo de formación. En el caso concreto de medicina, será posible obtener el título de máster en vez de grado, una vez finalizado el periodo lectivo correspondiente. Una vez superado el periodo de investigación, que incluye la lectura de la tesis doctoral, el título obtenido es el más alto nivel de la educación superior: el de doctor. Además de ser al rango académico más alto al que se puede acceder, forma y faculta para trabajar en

docencia universitaria e investigación. La legislación explícitamente indica que no es posible trabajar como profesor asociado, o como personal docente e investigador, vinculados a la universidad, sin la obtención del título de doctor. Solo en caso de que no existan doctores es posible acceder a las plazas de profesor asociado (figura 1).

2. SITUACIÓN ACTUAL DEL DOCTORADO

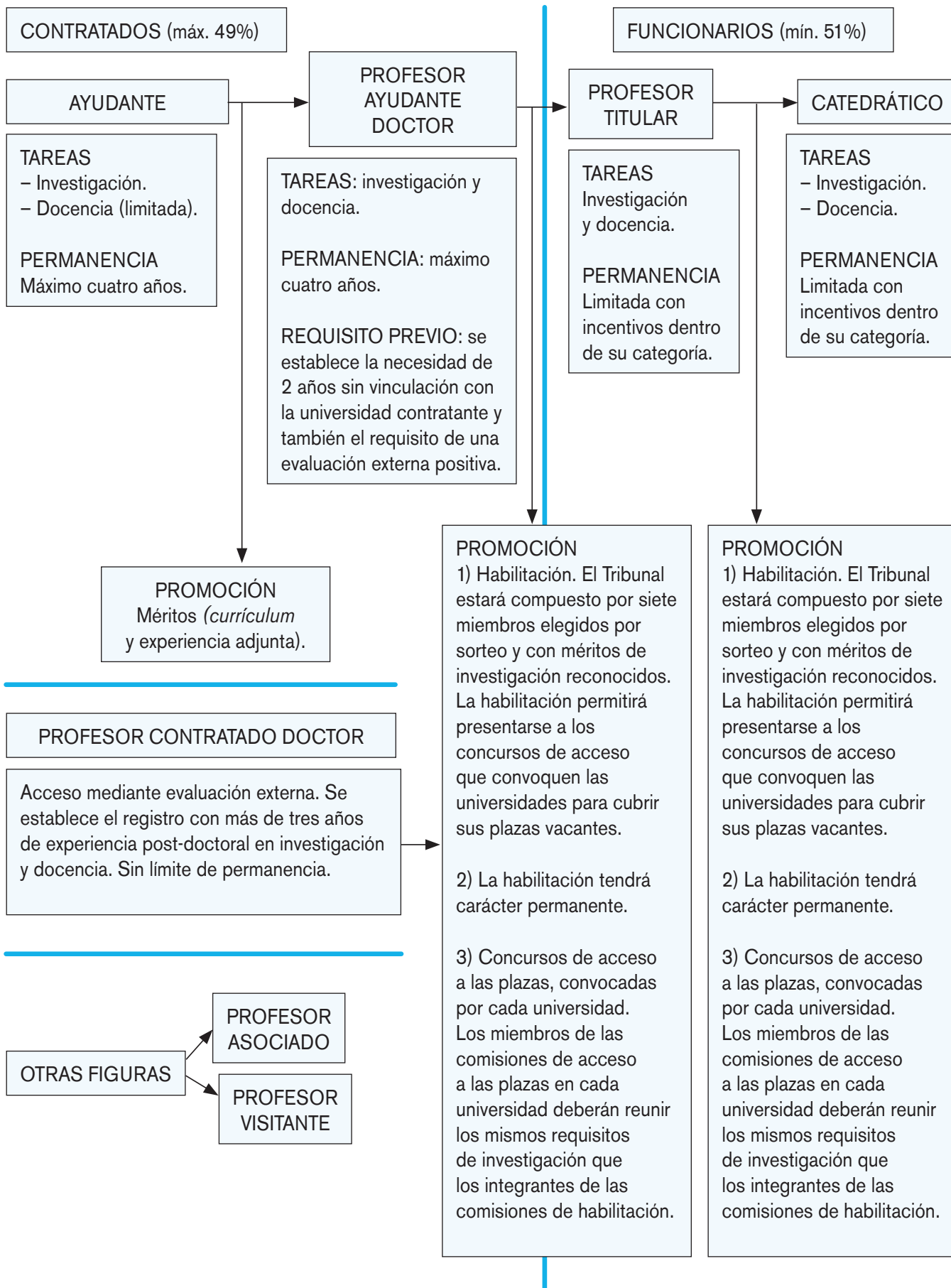
El programa de doctorado vigente en los últimos años, era el regulado por el Real Decreto 778/1998. Sin embargo, en el artículo 88.2 de la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de universidades; se comienza a hacer referencia a una adaptación de los títulos universitarios oficiales que se llevará a cabo mediante una reforma.

En la actualidad, hay un sistema de adaptación que pretende que el programa futuro sea el basado en el Real Decreto 56/2005, de 21 de enero. La promulgación de esta reforma, incluye la regulación de los estudios universitarios oficiales de postgrado y de la tesis doctoral.

El objetivo de este nuevo programa, será regular, adaptar y convalidar entre sí los sistemas educativos europeos, para que puedan convertirse en una referencia de calidad a nivel mundial.



Figura 1. Situación actual del doctorado



En el sistema universitario español, con esta reforma se introducirán junto a la titulación de doctor, las de grado y máster.

Según el plan nuevo, para poder obtener la titulación de doctor, el requerimiento será:

- Inicialmente, haber superado un grado.
- Tras la titulación de Grado, será necesario haber cursado 60 ECTS de algún programa oficial de postgrado o haber superado un máster. Este tipo de titulación que tendrá un mínimo de 60 y un máximo de 120 créditos, tiene como objetivo la formación avanzada de los profesionales, mediante un programa multidisciplinar o especializado. Respecto a la carrera de medicina, el título que se obtendrá al finalizarla será el de grado. Sin embargo, un comité podrá evaluar que se conceda el título de máster al graduado, teniendo en cuenta su expediente. Esta variante respecto al resto de estudios universitarios, se acordó entre representantes médicos y educación, en diciembre de 2009. El motivo fue que, parte de los créditos que se cursan en medicina, competen a los estudios de máster.

Los programas de doctorado finalizan en el curso 2009-2010, por lo que a partir de este año lectivo deja de ser posible la matrícula en el plan antiguo. Las personas matriculadas previamente, podrán continuar con lo establecido en el anterior programa, mediante un periodo de adaptación hasta 2015.

Tabla 1. Partes del sistema universitario, según el Plan Bolonia

Ciclos	Denominación y duración
Primer Ciclo	Grado. Duración 4 años.
Segundo Ciclo	Master. Duración 1-2 años.
Tercer Ciclo	Doctorado.

3. EL PROCESO DE BOLONIA

Reforma universitaria, iniciada en la Declaración de Bolonia en 1999. En dicha declaración, se promulgó a nivel europeo, la importancia en la independencia y autonomía de las universidades, para una adaptación de la educación a las necesidades de la sociedad y a los avances en el conocimiento científico.

El proceso de Bolonia, tiene como objetivos principales:

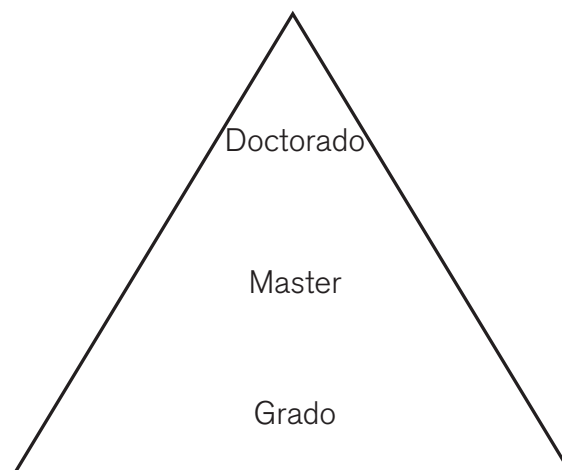
- Reforma curricular.
- Homologación europea de títulos.

De esta reforma, se extraen principalmente los siguientes cambios:

- Creación de un sistema de titulaciones sencillo y comparable con el resto de países europeos.
- Adopción de un sistema fundamentalmente basado en dos partes: el grado y el postgrado. Para acceder a esta segunda parte, formada por el máster y el doctorado, debe superarse la formación en grado. Según la estructura del modelo anglosajón, las titulaciones basadas en estos dos sistemas, estarán compuestas por un primer ciclo denominado grado, que durara 4 años y de un segundo ciclo, denominado máster, que requerirá 1-2 años de especialización.

De este nuevo sistema, se extrae, que la diferenciación entre diplomaturas y licenciaturas, ya no existirá (tabla 1 y figura 2).

Figura 2. Pirámide de acceso al doctorado, según el Plan Bolonia





Establecimiento de un sistema internacional de créditos: el Sistema Europeo de Transferencia de Créditos (ECTS –“European Credit Transfer System”).

- Modelo antiguo: sistema de créditos correspondiente al número de horas de clase teóricas. Es decir, horas impartidas por el profesor y horas de exámenes.

1 Crédito correspondía a 10 horas lectivas.

- Modelo actual según Plan Bolonia: sistema de transferencia de créditos. Corresponde a las horas de clase teóricas y al trabajo que debe ser realizado de forma complementaria por el alumno para adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes. En este punto se incluirían las horas de estudio, la realización de trabajos, la preparación de los temas que se van a tratar en las correspondientes clases de forma previa y los seminarios.

Este tipo de sistema de créditos, describe los estudios realizados y permite la posibilidad de homologar y comparar el sistema español con el europeo.

Crédito ECTS corresponde a 25- 30 horas.

Al igual que en el sistema antiguo, será posible obtener un porcentaje de estos créditos, mediante la realización de otras actividades extra-universitarias de formación, que hayan sido reconocidas por las universidades correspondientes.

- Promueve la movilidad, a través de la superación de obstáculos. Los implicados en este punto, serían tanto estudiantes, como profesores, investigadores y personal de administración u otros servicios. Esta mejora, proporcionará una formación complementaria en un contexto europeo y aportará en última instancia, un reconocimiento profesional y una valoración laboral mayor.
- Aportará facilidad para la cooperación europea garantizando la calidad de la educación superior. Se realizará desde una perspectiva que permita el desarrollo de una metodología y unos criterios comparables.

- De forma global, se creará una dimensión europea y un desarrollo común de la educación superior. Esto facilitará la cooperación inter-institucional y los programas de movilidad e integración.

4. PROCESO DE ADAPTACIÓN AL DOCTORADO HASTA 2015

Será el periodo destinado para facilitar el paso del antiguo al nuevo programa. A partir de 2015, no será posible doctorarse mediante el anterior sistema, dando paso únicamente al regulado por el R.D. 56/2005 (figura 3).

5. DOCTOR EUROPEUS

El Doctor *Europeus* es la máxima distinción que puede tener un doctorado en la Unión Europea. Es la evolución de la mención europea en el título de doctor.

Requiere el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- Estancia fuera de España: durante la etapa de formación necesaria para conseguir el título de doctor, el doctorando debe haber realizado una rotación durante un periodo mínimo de tres meses en una institución de otro estado europeo pero fuera de España. Esa institución debe ser de enseñanza superior o de investigación y avalada por el órgano responsable.
- Redacción y presentación de tesis doctoral en lengua no oficial en España: se exige que como mínimo, se realicen el resumen y las conclusiones en una de las lenguas de la Unión Europea.
- Información de la tesis, al menos por dos doctores, que pertenezcan a instituciones no españolas, pero pertenecientes a la Unión Europea.
- Expertos en el tribunal evaluador de la tesis doctoral: al menos un experto que tenga la titulación de doctor y sea diferente a los mencionados en el párrafo anterior, debe formar parte del tribunal. Además debe ser miembro de una institución no española que pertenezca a la Unión Europea.

Figura 3. Vías para realizar el doctorado hasta 2015

Programas de doctorado RD 778/1998	Programas oficiales de postgrado (POP) RD 56/2005
Realización y superación de suficiencia investigadora (Diploma de Estudios Avanzados, DEA).	Admisión por el órgano responsable de doctorado de la entrega de: <ul style="list-style-type: none"> - Solicitud de acceso a doctorado. - Documentación. - Requisitos exigidos.



Acceso a Tesis Doctoral: tras haber superado una de las dos vías anteriores.

Director de tesis: será acordado entre doctorando y director. Posteriormente será asignado mediante el órgano responsable del programa. Su función es supervisar y ayudar durante la tarea de investigación. Es imprescindible que sea doctor con experiencia investigadora acreditada.

Tesis codirigida: puede haber otro u otros doctores participantes en la dirección de la tesis doctoral.

Propuesta del tribunal de doctorado por parte del director de tesis.

Presentación del proyecto de tesis al departamento y a la comisión de doctorado de la universidad.

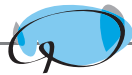
Defensa de la tesis doctoral.

RECOMENDACIONES CLAVE

El doctorado como la llave a la carrera académica.

El doctorado como la capacitación para la actividad investigadora.

Periodo de transición hasta la aplicación completa del Plan Bolonia.



6. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Real Decreto 185/1985, de 23 de enero, por el que se regula el tercer ciclo de estudios universitarios la obtención y expedición del título de Doctor y otros estudios de Postgrado (B.O.E. nº 104, de fecha 1 de mayo de 1998, con la Corrección de Erratas publicada en el B.O.E. nº 107, de fecha 5 de mayo de 1998).

Real Decreto 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Postgrado. (B.O.E. nº 21, de fecha 25 de enero de 2005).

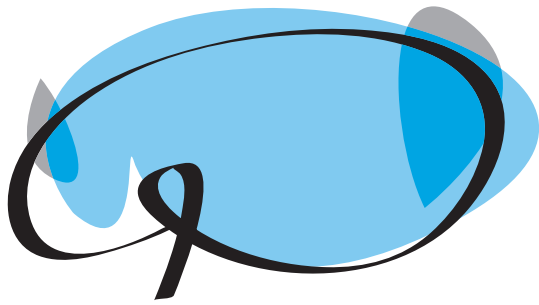
http://www.bologna-bergen2005.no/Docs/00-Main_doc/990719BOLOGNA_DECLARATION.PDF

http://www.uam.es/estudios/doctorado/tesis_doctorales.html

Ley Orgánica de Universidades 6/2001, de 21 de diciembre (BOE 307, 24/12/2001).

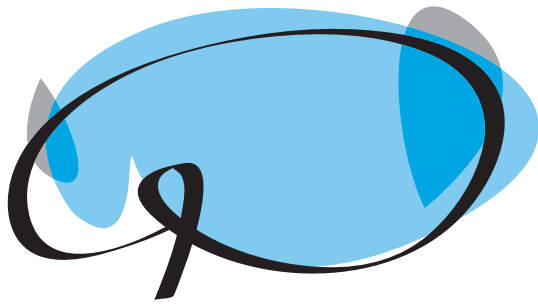
7. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

<http://www2.uil.es/docencia/credito europeo/CAR-TAMAGNA.pdf>



MÓDULO 4.
Rotaciones
(Formación transversal)





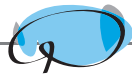
MÓDULO 4.

Rotaciones
(Formación
transversal)



Atención Primaria/
Neurología/
Medicina Interna





77. ¿CÓMO ORGANIZAR LA ROTACIÓN POR ATENCIÓN PRIMARIA/NEUROLOGÍA/MEDICINA INTERNA?



Autores: Anna Osés Rodríguez, Quintí Foguet Boreu, Raquel Cecilia Costa y Montse Coll Negre

Tutora: Montse Serra Millas
Hospital General de Vic. Barcelona

CONCEPTOS ESENCIALES

La rotación por las especialidades médicas (medicina de familia, neurología y medicina interna) tiene por objetivo consolidar una visión integral del enfermo.

Durante el proceso formativo el médico especialista en formación se integrará en los diferentes equipos médicos.

La duración total de las rotaciones será de 4 meses.

1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo se describen la organización y los objetivos de las rotaciones por las tres especialidades médicas: atención primaria, neurología y medicina interna, que se llevarán a término, generalmente, durante el primer año de la especialización.

El diseño curricular proporciona una base médica general para la posterior formación específica en psiquiatría. El objetivo de estas rotaciones es preparar a los Médicos Especialistas en Formación (MEF) para gestionar una variedad de trastornos somáticos y de emergencias que permita una asistencia médica integral. Los psiquiatras deberían tener la competencia para reconocer y tratar los problemas somáticos básicos más prevalentes y de menor complejidad y saber derivar a otros profesionales cuándo sea necesario.

La adquisición progresiva del dominio de una amplia variedad de habilidades médicas que son requeridas por un psiquiatra, es el primer paso para la identificación como médico del futuro psiquiatra.

2. ROTACIÓN POR ATENCIÓN PRIMARIA

El MEF de psiquiatría se incorporará en el trabajo asistencial de un Centro de Asistencia Primaria

(CAP). Los objetivos de dicha rotación se especifican en la tabla 1. En el CAP se le asignará un médico de familia que llevará a cabo la supervisión del discente. Se remarcará el manejo ambulatorio de los pacientes con una orientación de síntomas guía y de síndromes generales. Se enfatizará en la problemática del paciente crónico y plurimedcado. Se estudiarán las enfermedades crónicas más prevalentes y de mayor importancia para los trastornos mentales (hipertensión arterial, diabetes, dislipemias, patología articular, enfermedades respiratorias y cardiovasculares crónicas) y sus tratamientos, así como el manejo de los factores de riesgo cardiovascular.

La atención primaria es el marco idóneo para comprender la perspectiva del modelo biopsicosocial. Para ello el MEF compartirá consultas con profesionales de enfermería para aprender técnicas de educación en la salud, asistirá a visitas domiciliarias, reuniones interdisciplinarias, etc.

3. ROTACIÓN POR MEDICINA INTERNA

La rotación se llevará a cabo en el servicio de medicina interna. El MEF de psiquiatría se integrará en el equipo médico.



El psiquiatra en formación tiene que tener un adecuado conocimiento de las patologías médicas más prevalentes, particularmente las que se interrelacionan con patologías psiquiátricas. Los objetivos generales de la rotación se especifican en la tabla 1. Durante su estancia tendrá que realizar el perfeccionamiento en la anamnesis, la exploración física orientada por aparatos, la solicitud de pruebas complementarias y el manejo terapéutico y seguimiento de los pacientes. Durante esta rotación se pretende que el residente adquiera habilidades en la atención integral del adulto enfermo, con un enfoque especial en el diagnóstico y el tratamiento no quirúrgico de las enfermedades que afectan a sus órganos y sistemas internos, y a su prevención.

Todo ello se realizará bajo la tutela de un médico adjunto de medicina interna quien determinará el grado de supervisión necesario en función de las capacidades del MEF.

Durante el primer año de la formación se recomienda realizar entre 4 y 6 guardias al mes en urgencias generales y psiquiatría.

4. ROTACIÓN POR NEUROLOGÍA

Durante la formación en neurología, el MEF se integrará en el equipo médico del servicio de neurología. Los objetivos de dicha rotación se detallan en la

Tabla 1. Objetivos de la rotación en atención primaria/medicina interna

Conocimientos.

- Entender la fisiopatología de las enfermedades generales más frecuentes.
- Entender los criterios diagnósticos de las condiciones médicas más prevalentes.
- Elaborar un diagnóstico diferencial de las patologías más comunes.
- Estudiar el manejo terapéutico de las enfermedades médicas.
- Conocer programas de prevención e intervención comunitaria.

Habilidades.

- Realizar una historia clínica completa.
- Realizar exploración física.
- Realizar valoración del contexto social del paciente.
- Obtener una visión general de las patologías más prevalentes en la comunidad.
- Realizar un diagnóstico sindrómico a partir de síntomas guía.
- Reconocer la plurimedicación como causa de síntomas psiquiátricos.
- Valorar la utilización de exploraciones complementarias y interpretación de resultados.
- Reconocer criterios de derivación a especialista.
- Reconocer criterios de derivación a urgencias hospitalarias.

Actitudes.

- Apreciar la responsabilidad de los médicos en el cuidado y necesidades del paciente.
- Comunicación honesta.
- Reconocimiento de las limitaciones propias.
- Solicitar ayuda cuándo sea necesario.
- Aprender a aprender.
- Promover cuidados éticos y morales.
- Aceptar la diversidad.
- Disponibilidad a compartir los conocimientos.

tabla 2. Se le asignará un tutor de rotación quien supervisará al médico en formación. Se le asignarán pacientes para que perfeccione la anamnesis, la exploración física, la solicitud de pruebas complementarias y el manejo clínico de los pacientes, haciendo énfasis en las peculiaridades de los pacientes neurológicos.

5. BIBLIOGRAFÍA PARA EL ESTUDIO

Atención primaria

- Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Concepto, Organización y Práctica Clínica. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2008.
- SemFYC. Guía de Actuación en Atención Primaria. 3ª ed. Barcelona: semFYC; 2006.

Medicina interna

- Farreras P, Rozman C. Medicina Interna. 16ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.

- Fauci A. Harrison: Principios de Medicina interna. 17ª ed. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de Mexico; 2008.
- Manu P, Suarez RE, Barnett BJ. Manual de medicina para psiquiatras. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2007.

Neurología

- Kaufman, DM. Neurología para psiquiatras. Elsevier 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
- Malhi GS, Matharu MS, Hale AS. Neurology for psychiatrists. London: Martin Dunitz; 2000.
- Savitz SI, Ronthal M. Neurology review for Psychiatrists. 1ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
- Hauser S, Kasper D, Braunwald E, Fauci A, Longo D. Harrison's Neurology in clinical medicine. 1ª ed. McGraw-Hill; 2006.

 **Tabla 2. Objetivos de la rotación en neurología**

<p>Conocimientos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Entender la fisiopatología de las enfermedades neurológicas más frecuentes. ■ Entender los criterios diagnósticos de las patologías neurológicas más prevalentes. ■ Elaborar un diagnóstico diferencial de las patologías neurológicas más comunes. ■ Estudiar el manejo terapéutico de las enfermedades neurológicas.
<p>Habilidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Realizar una historia clínica neurológica completa. ■ Realizar exploración física neurológica. ■ Reconocer signos anormales. ■ Saber presentar un caso neurológico con claridad. ■ Orientar el diagnóstico y tratamiento de las patologías neurológicas más prevalentes, especialmente aquellas condiciones comórbidas con las patologías psiquiátricas.
<p>Actitudes (las mismas que la tabla 1).</p>



RECOMENDACIONES CLAVE

La elevada incidencia de patología somática en los enfermos con trastornos mentales hace necesario un adecuado conocimiento de los trastornos somáticos más frecuentes y su manejo.

Estas rotaciones tienen que facilitar aprender a realizar una adecuada historia clínica, una exploración clínica completa, las pruebas complementarias pertinentes y un diagnóstico diferencial correcto. También se tiene que aprender el manejo terapéutico de las principales enfermedades somáticas y neurológicas. Asimismo, el médico especialista en formación tiene que desarrollar actitudes correctas en la práctica clínica.

Estas rotaciones serán la base para el correcto manejo integral de los pacientes con trastornos mentales (diagnósticos diferenciales, interferencias medicamentosas, prevención e identificación-manejo de los problemas somáticos en los pacientes con trastornos mentales graves, etc.) y para la posterior formación en psiquiatría de enlace.

6. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Rotaciones por Atención Primaria, Neurología y Medicina Interna. En: Programa oficial de la especialidad de Psiquiatría. BOE núm. 224 (16 septiembre 2008).

Lysak P. Medical training during psychiatric residency. CPA Bulletin. 2003; 20-27.

Asociación mundial de Psiquiatría. Programa institucional de entrenamiento curricular para psiquiatría. Yokohama, Japón 2002. Disponible en: <http://www.wpanet.org>.

American Association of Directors of Psychiatry Residency Training. Psychiatry resident roles, responsibilities and goals. In: Psychiatry Training Goals and Object. University of Wisconsin. Disponible en: www.aadpr.org.

Accreditation Council for Graduate Medical Education*. Program Requirements for Graduate Medical Education in Psychiatry. Disponible en: <http://www.acgme.org>.

* La ACGME es una institución privada que evalúa y acredita los programas de residencia médica en los EUA.

7. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Varan L, Noiseux R, Fleisher W, Tomita T, Leverette J. Canadian Psychiatric Association's Standing Committee on Education. Medical training in psychiatric residency: the PGY-1 experience. Can J Psychiatry. 2001;46(10):23.

A competency based curriculum for specialist training in Psychiatry. Royal College of Psychiatrists. 2009. Disponible en: <http://www.rcpsych.ac.uk>.

Statements of European Federation of Psychiatric trainees. Training in Psychiatry, General medicine and neurology in psychiatric training. Gothenborg 2008. Disponible en: <http://www.efpt.eu>.

Zisook S, Balon R, Björkstén KS, Everall I, Dunn L, Ganadjian K, et al. Psychiatry residency training around the world. Acad Psychiatry. 2007;31:309-25.

European board of psychiatry. European framework competencies in psychiatry. Ljubljana, Slovenia, 2009. Disponible en: <http://www.svenskpsykiatri.se>



78. LA SALUD FÍSICA DEL ENFERMO CON TRASTORNO MENTAL



Autoras: M^a Virtudes Morales Contreras y María Teresa Pérez Castellano
Tutora: M^a Virtudes Morales Contreras
Hospital de Toledo. Toledo

CONCEPTOS ESENCIALES

Los psiquiatras deben ser conscientes de que la salud física es una dimensión crucial de la calidad de vida de los pacientes con enfermedad mental.

Persisten dificultades de acceso a la asistencia sanitaria primaria y a la especializada para los pacientes con TMG, por lo que en muchos casos seremos los responsables de la identificación, manejo y seguimiento terapéutico de sus patologías somáticas, así como del control de factores de riesgo para las mismas.

Es preciso favorecer el trabajo integrado de los profesionales de la salud mental, de atención primaria y de otros especialistas, en la prevención, el diagnóstico y tratamiento personalizado de estos pacientes.

1. INTRODUCCIÓN

La superación de épocas de dualidad cuerpo-mente y el acercamiento de la psiquiatría a la vía común de la medicina han propiciado la colaboración entre profesionales de las distintas especialidades al entender la salud como un hecho global e integral. A pesar de los avances en este sentido, la eficacia de los tratamientos actuales para controlar los síntomas y la mejora en la integración social de los pacientes permiten sacar a la luz otras carencias de estos enfermos:

- La esperanza de vida de los pacientes que sufren un Trastorno Mental Grave (TMG) está reducida en un 20% por problemas de salud física. El riesgo relativo de mortalidad por cualquier causa es de 1,6 por causas no naturales y de 1,4 por causas naturales.
- No se han beneficiado de las recientes tendencias favorables relativas a la mortalidad debida a algunas enfermedades físicas.

- Las personas con enfermedad mental presentan mayores factores de riesgo relacionados tanto con el tratamiento como con sus hábitos de salud
- Existen barreras que dificultan su acceso a la asistencia sanitaria primaria y especializada y la calidad de la asistencia recibida es, en general, peor que la que recibe la población general.
- Los pacientes con trastornos mentales graves pueden presentar un *insight* reducido también para las patologías físicas, lo que se traduce en un peor cumplimiento de medidas preventivas y terapéuticas.

2. MORBIMORTALIDAD DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE A CAUSA DE ENFERMEDADES FÍSICAS

- La mortalidad debida a causas naturales supone más del doble en comparación con la de la pobla-



ción general. La mortalidad por causas evitables es más de 4 veces mayor que en la población general. Los valores mayores del cociente de mortalidad estandarizado corresponde a enfermedades endocrinas, enfermedades neurológicas, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y enfermedades digestivas.

- Las personas con TMG tienen una probabilidad mayor que la población general de desarrollar diabetes, hipertensión, cardiopatías, asma, trastornos gastrointestinales, infecciones cutáneas, neoplasias malignas y trastornos respiratorios agudos.
- Las personas con TMG no se han beneficiado de las recientes tendencias favorables de la mortalidad causada por enfermedades físicas.

3. FACTORES QUE EXPLICAN EL AUMENTO DE LA MORBIMORTALIDAD DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE POR ENFERMEDADES FÍSICAS

3.1. RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD

3.1.1. Mayor prevalencia de varios factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, metabólicas y respiratorias

- Obesidad: las personas con TMG mostraron una probabilidad de presentar obesidad (IMC > 30) y obesidad mórbida (IMC > 40) más alta que la de la población general. El 45-55% de

pacientes TMG de entre 18 y 44 años presentaba obesidad frente a un 25 % en la población general. El índice de masa corporal (IMC) y en concreto el perímetro abdominal, son indicadores del incremento en la adiposidad, factor clave en las patologías cardiovasculares y el síndrome metabólico. La adiposidad visceral, incrementa el riesgo de dislipemia, intolerancia a la glucosa, y patología cardiovascular, así como el riesgo de presentar artrosis, cáncer de colon, pecho y útero.

Por otra parte, la obesidad se asocia con la pérdida de calidad de vida, especialmente por el papel estigmatizante que origina en la sociedad actual el aspecto físico.

La obesidad se ha relacionado con un nivel socioeconómico más bajo, hábitos de vida menos saludables y con el uso de fármacos antipsicóticos, algunos eutimizantes y antidepressivos, y el propio diagnóstico psiquiátrico (aumento de grasa abdominal en pacientes esquizofrénicos sin tratamiento, hipercortisolemia en episodios depresivos, síntomas de atipicidad –hiperfagia, hipersomnía e ingesta de carbohidratos–, etc.)

- Dislipemia: niveles elevados de colesterol total, LDL-c (lipoproteína del colesterol de baja densidad) y triglicéridos son importantes factores de riesgo independientes para el desarrollo de enfermedades cardíacas. Igualmente, niveles bajos de HDL-c (lipoproteína del colesterol de alta densidad) también se asocian con incremento del riesgo de patología cardíaca. Las alteraciones li-

↑ Tabla 1. Causas de riesgo somático en pacientes con TMG

<p>Relacionados con la enfermedad</p> <ul style="list-style-type: none"> – Riesgo metabólico y cardiovascular. – Obesidad. – Dislipemia. – DM tipo II. – Síndrome metabólico. – Otras: tabaquismo, neoplasias, infecciones, osteoporosis. 	<p>Relacionados con el tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> – Efectos neurológicos. – Aumento de peso. – Diabetes. – Hiperlipemia. – Enfermedad cardiovascular. – Alteraciones hormonales: TSH, T3,T4, PRL.
<p>Relacionados con el estilo de vida</p> <ul style="list-style-type: none"> – Dieta inadecuada. – Sedentarismo. – Hábitos tóxicos. 	<p>Relacionados con el sistema sanitario</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fragmentación. – Dificultades de acceso.

pídicas en los pacientes con TMG se relacionan con la obesidad, tratamientos psicofarmacológicos, infradiagnóstico en pacientes con psicosis y bajos índices de tratamiento hipolipemiante.

- **Diabetes mellitus tipo II:** es una enfermedad multifactorial caracterizada por problemas en la regulación de la glucosa-insulina, cuando existen alteraciones en la secreción y/o en la acción de la insulina. Se producen defectos en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas. Los pacientes con TMG presentan con mayor frecuencia alteraciones en el metabolismo de la glucosa, intolerancia a la glucosa e incluso diabetes mellitus tipo II. Se estima que la prevalencia de diabetes en estos pacientes oscila entre el 15 y 18%, es decir, 3 veces más frecuente que en la población general.

La diabetes se asocia con la obesidad y hábitos de vida no saludables, así como con el empleo de psicofármacos y la esquizofrenia per se.

- **Síndrome metabólico:** la presencia del síndrome metabólico se asocia a mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y diabetes. Los criterios de síndrome metabólico más usados son los de la Organización Mundial de la Salud (WHO), el grupo europeo para el estudio de la resistencia a la insulina (EGIR) y el programa nacional para la educación sobre el colesterol –Tercer panel del tratamiento del adulto (NCEP-ATP-III)– actualizados posteriormente por la American Heart Association (2005), que se detallan en la tabla 2.

Las cifras de prevalencia de este síndrome en pacientes con TMG oscilan en torno al 37% frente al 24% de la población general.

Tabla 2. Síndrome metabólico

Criterio (3 ó más)	NCEP-ATP-III	AHA-NHLBI
Obesidad abdominal		
Hombres	>102 cm.	>102 cm.
Mujeres	>88 cm.	>88 cm.
Triglicéridos	>150 mg/dl.	>150 mg/dl o tratamiento con fármacos hipolipemiantes.
HDL-colesterol		
Hombres	<40 mg/dl.	<40 mg/dl.
Mujeres	<50 mg/dl.	<50 mg/dl o tratamiento con fármacos para aumentar el HDL-c.
HTA	≥130/ ≥85 mmHg.	≥130/ ≥85 mmHg o tratamiento con fármacos para la HTA.
Glucosa en ayunas	≥110 mg/dl.	≥100 mg/dl o tratamiento farmacológico para la hiperglucemia.

- **Tabaquismo:** los pacientes con esquizofrenia presentan una prevalencia de tabaquismo de un 70-85% comparado con el 20-25 de la población general. El tabaquismo intenso (>30 cigarrillos al día) y la dependencia elevada de nicotina fueron más frecuentes en las personas con esquizofrenia que en la población general. Los fumadores con esquizofrenia extraen más nicotina por cigarrillo que la población general. Los pacientes con TAB presentan una prevalencia de tabaquismo de un 51%. El incremento de la prevalencia de tabaquismo respecto a la población general e relaciona con: sexo masculino, nivel socioeconómico y educativo bajo, mayor gravedad de la enfermedad, cicladores rápidos, episodio activo, tratamiento con antipsicóticos atípicos y abuso de otras sustancias.
- **Hipertensión:** es un factor independiente de riesgo vascular, asociado con la incidencia de cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, ictus e insuficiencia renal crónica. Se ha comunicado un mayor riesgo de HTA en pacientes con trastorno bipolar que en pacientes con esquizofrenia. En España, los datos aportados por el estudio RICAVA, muestran que aproximadamente el 25% de los pacientes con psicosis presentan criterios de HTA.
- **Esquizofrenia:** existe una creciente evidencia de que la esquizofrenia es *per se*, independientemente del tratamiento antipsicótico y del estilo de vida, un factor de riesgo para el desarrollo de patologías metabólicas.



3.1.2. Neoplasias

Los pacientes con esquizofrenia presentan índices de mortalidad iguales o superiores a la población general, pero no estadísticamente significativos. Se ha hallado una disminución en el índice de neoplasias de pulmón en pacientes con esquizofrenia; se ha sugerido un efecto antitumoral de las fenotiacinas y/o el fallecimiento de los pacientes por otras causas antes de alcanzar la edad de riesgo. Por otra parte, se ha hallado un aumento en el índice de neoplasias de mama que se ha relacionado con el hecho de que las pacientes esquizofrénicas sean frecuentemente nulíparas, el aumento de prolactina y la no realización de los controles preventivos adecuados.

3.1.3. Patología pulmonar

Se ha encontrado un riesgo de asma significativamente mayor en pacientes con trastorno bipolar en comparación con la población general. Las cifras de prevalencia varían entre el 3 y el 17% en los pacientes con trastorno bipolar frente al 2-10% en población general. También se encuentra en los pacientes bipolares un riesgo aumentado de sufrir enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Los pacientes esquizofrénicos presentan una tasa superior de síntomas respiratorios y peor función respiratoria. Su prevalencia es significativamente superior a la de la población general (asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC] y enfisema) y a la de otros trastornos mentales graves (EPOC). El elevado consumo de tabaco facilita que la patología respiratoria provoque el 42,4% de las muertes en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, según datos extraídos del Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia realizado por la SEP y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB). Los pacientes con esquizofrenia tienen unas tasas significativamente mayores de Apnea del Sueño (AOS) que otros pacientes psiquiátricos que se explican por los efectos de la obesidad y el tratamiento crónico con neurolépticos.

3.1.4. Patología neurológica

- Ictus: prevalencia en la población con esquizofrenia igual a la de la población general
- Epilepsia: datos controvertidos, No hay diferencias en cuanto a la prevalencia de epilepsia entre los pacientes con esquizofrenia y los pacientes con otros trastornos mentales.

- Cefaleas (migraña, crónica tensional o aguda tensional): prevalencia aumentada en pacientes con trastorno bipolar.
- Trastornos motores: la prevalencia de discinesia espontánea y de signos neurológicos menores (alteraciones en la discriminación derecha-izquierda, movimientos en espejo, pobre coordinación y marcha anormal) en los pacientes con esquizofrenia no tratados con antipsicóticos es significativamente mayor que la de los controles normales.

3.1.5. Patología gastrointestinal

Se sugiere que los pacientes con trastorno bipolar tienen un riesgo más elevado de presentar úlcera péptica y trastornos hepáticos.

3.1.6. Osteoporosis

Mayor prevalencia en probable relación a factores psicofarmacológicos (hiperprolactinemia) y a la dieta pobre en calcio, al tabaquismo y a la falta de exposición a la luz solar.

3.1.7. Hipotiroidismo

En un estudio comparativo frente a población general, la prevalencia de hipotiroidismo en pacientes con trastorno bipolar fue del 9,6% en comparación con el 2,5% en una muestra de población clínica sin trastorno bipolar. Este riesgo parece aumentar entre los pacientes con ciclación rápida.

3.2. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ESTILO DE VIDA

3.2.1. Abuso de alcohol y drogas

La prevalencia del abuso o la dependencia de alcohol a lo largo de la vida en personas con esquizofrenia es 3,3 veces mayor que la de la población general, mientras que la prevalencia del trastorno de abuso de sustancias ilegales a lo largo de la vida fue 6 veces mayor que la población general.

3.2.2. Dietas y disminución de actividad física

Los pacientes con TMG toman decisiones dietéticas peores y realizan menos actividad física y de menor intensidad que la población general.

3.2.3. Enfermedades infecciosas

Los pacientes con TMG presentan una prevalencia de infección por VIH 8 veces superior a la observada en la población general. Se asocia al estilo de vida, escaso control de las medidas preventivas en las relaciones sexuales y al abuso de drogas vía parenteral. Los mismos factores se asocian a una mayor incidencia de VHC.

3.2.4. Tabaquismo

Comentado previamente en el epígrafe 2.1.1

3.3. RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

3.3.1. Diabetes

Numerosos estudios indican una predisposición a la diabetes en pacientes esquizofrénicos, con independencia de la medicación antipsicótica. El riesgo de desarrollo de diabetes es diferente con los diferentes antipsicóticos y no siempre está relacionado con el aumento de peso. Los antipsicóticos, sobre todo los atípicos incrementan el riesgo de diabetes, ya sea indirectamente a través del aumento de peso, o por efectos directos sobre la sensibilidad de la insulina o el transporte de glucosa, la estimulación de la leptina o mediada por alteraciones a nivel de la neurotransmisión del sistema nervioso central y del metabolismo sistémico (tabla 3).

3.3.2. Hiperlipidemia

Se ha asociado a la medicación antipsicótica, de forma independiente o asociada al aumento de

peso, con riesgos diferentes en los distintos antipsicóticos (tabla 3).

3.3.3. Obesidad

La frecuencia de aumento de peso es mayor con antipsicóticos atípicos. Actualmente no hay explicación para la importante variabilidad en el aumento de peso entre diferentes antipsicóticos y pacientes. Se incluyen factores relacionados con la enfermedad (cambios en los índices metabólicos y en el apetito), factores relacionados con el fármaco (impacto de los fármacos en la transmisión serotoninérgica, histaminérgica y noradrenérgica) y factores relacionados con la mejoría (cambios dietéticos y en la actividad física). El aumento de peso asociado al tratamiento antipsicótico suele ser mayor en pacientes con menor IMC al inicio, edad más joven y mejor respuesta terapéutica (tabla 3).

3.3.4. Alteraciones cardíacas

Diversos antipsicóticos presentan una tendencia al alargamiento del intervalo QT. La prolongación de este intervalo más de 500ms es un factor de riesgo para el síncope o la muerte súbita a través de desarrollo de *Torsade de pointes* y fibrilación auricular. Es dependiente de la dosis y se asocia con más frecuencia a pacientes mayores de 65 años. Otras alteraciones asociadas al tratamiento con antipsicóticos son los cambios en la onda T también dependiente de dosis. Ambos cambios electrocardiográficos son más frecuentes con la tioridacina por lo que su uso ha quedado restringido.

Tabla 3. Efectos metabólicos de los antipsicóticos atípicos

Fármaco	Aumento de peso	Riesgo de diabetes	Dislipidemia
Clozapina	+++	+	+
Olanzapina	+++	+	+
Risperidona	++	D	D
Quetiapina	++	D	D
Ziprasidona*	(+/-)	-	-
Aripiprazol*	(+/-)	-	-

* Datos limitados a largo plazo por tratarse de fármacos nuevos. D: datos contradictorios. -: no efecto nocivo sobre ese parámetro. +: efecto nocivo sobre ese parámetro. A mayor número de + mayor magnitud del efecto nocivo.

American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists, North American Association for the Study of Diabetes. Consensus Development Conference on Antipsychotic Drugs and Obesity and Diabetes. Diabetes Care. 2004; 27:596-601.



3.3.5. Hiperprolactinemia

Es un efecto secundario habitual de numerosos antipsicóticos (el bloqueo del receptor D2 del 72% o superior es suficiente para aumentar los niveles de esta hormona). La hiperprolactinemia da lugar a diferentes manifestaciones clínicas a corto plazo (disfunción sexual, amenorrea, ginecomastia y galactorrea.), medio plazo (incremento del peso, hipogonadismo, infertilidad, cáncer de mama y endometrio) y a largo plazo (osteoporosis hipogonadal, aumento del riesgo de patología cardiovascular, vaginitis atrófica y cáncer de mama y endometrio).

3.3.6. Efectos extrapiramidales

Distonía, parkinsonismo, temblor perioral, acatisia y discinesia tardía. El síndrome neuroléptico maligno (SNM) es un cuadro potencialmente mortal caracterizado por rigidez muscular, inestabilidad autonómica, confusión y fiebre. La mayoría de los casos descritos se deben a la administración de antipsicóticos clásicos típicos, pero puede aparecer al emplearse otros antipsicóticos. Se debe al bloqueo de los receptores D₂ hipotalámicos y estriatales. La incidencia de SNM ha descendido por la disminución de la combinación de antipsicóticos, dosis y al empleo de agentes atípicos.

3.3.7. Hematológicos

Agranulocitosis <1% de los pacientes tratados con clozapina. Exige control hematológico protocolizado.

3.3.8. Cataratas

Asociadas al uso de tioridazina y clorpromacina. Se asocia a factores de riesgo aumentados en la población psiquiátrica: tabaquismo, HTA, diabetes, nivel socioeconómico bajo, déficit alimenticios.

3.3.9. Miocarditis, miocardiopatías, pericarditis y derrame pericárdico

Asociados con la administración de clozapina <0,9%. En presencia de síntomas que sugieran miocarditis o miocardiopatías, se recomienda interrumpir el tratamiento con clozapina y derivar al paciente al cardiólogo de manera inmediata.

3.4. RELACIONADOS CON EL SISTEMA SANITARIO

3.4.1. Relativas al paciente

Los pacientes psicóticos pueden ser reacios a solicitar asistencia médica, porque no son conscientes de que tienen un problema de salud física, se encuentran socialmente aislados, sufren un deterioro cognitivo o se muestran suspicaces. Pueden tener una menor capacidad de comunicar claramente sus problemas médicos. Además está documentado que el umbral para el dolor aumenta en las personas TMG.

3.4.2. Relativas a las actitudes de los propios médicos

Los médicos no psiquiatras que tratan a pacientes con enfermedades mentales, pueden carecer de la preparación necesaria para proporcionar el tratamiento adecuado para los problemas de salud mental. Los profesionales de atención primaria pueden percibir erróneamente que los síntomas médicos de los pacientes psicóticos son “psicosomáticos”, pueden no estar capacitados, sentirse incómodos al atender a esta población de pacientes o estar limitados por falta de tiempo para tratar múltiples problemas médicos y sociales. Muchos psiquiatras no perciben la salud física de los pacientes como prioritaria. El 40% de los psiquiatras no hacen, o sólo hacen a veces, exploraciones complementarias a sus pacientes. Durante el seguimiento de los pacientes solo uno de cada cuatro psiquiatras explora, de forma reglada, movimientos involuntarios anormales, uno de cada 20 realiza estudios neuropsicológicos y un 1,6% realiza examen electrocardiográfico. Otros profesionales de la salud pueden no tener experiencia en la forma de tratar las necesidades especiales de los pacientes con TMG; pueden minimizar o malinterpretar sus síntomas somáticos, utilizar de manera inadecuada métodos de restricción del movimiento o fármacos sedantes, o no tener en cuenta las posibles interacciones de los fármacos psicótropos con otras medicaciones.

3.4.3. Relativos al sistema de asistencia sanitaria

La asistencia psiquiátrica se encuentra integrada por ley (Ley General de Sanidad) en el sistema sanitario general como una especialidad médica. No obstante, los recursos con los que cuenta la asistencia psiquiátrica española presentan singularidades respecto a los recursos del resto del sistema sanitario:

- La composición, organización y funcionamiento de los servicios entre distintas comunidades autónomas es variable incluso, entre áreas sanitarias de la misma comunidad
- La coordinación y la continuidad de cuidados a los enfermos mentales está dificultada debido a la fragmentación del sistema; en ocasiones, la atención a los enfermos mentales puede ser responsabilidad de redes asistenciales con distinta dependencia administrativa y funcional (municipales, autonómicas, privadas.).
- El grado de integración de la salud mental en la atención especializada no es total, con diferencias entre comunidades autónomas. Ello da lugar a que parte de los recursos de salud mental dependan orgánicamente de las gerencias de atención especializada, y otra parte dependa de la atención primaria. La relación de los servicios de salud mental con los servicios sociales es poco clara. No existe una cartera de servicios definida y común, y en los equipos asistenciales coexisten diferentes modelos de entender la enfermedad mental y diferentes modelos organizativos.
- El trabajo multidisciplinar no es el modo de funcionamiento predominante en la atención psiquiátrica y no todas las áreas están atendidas por equipos integrados.

4. MONITORIZACIÓN Y MANEJO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA DEL PACIENTE CON TMG

Desde el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo 2007) se destaca la necesidad de mejorar la comunicación entre los servicios de psiquiatría y los de atención primaria y de desarrollar guías clínicas de monitorización y manejo adaptadas a estos pacientes. La utilización de estas guías aún es limitada por parte de los profesionales. A pesar de ello en los últimos años se han publicado numerosas guías clínicas europeas y norteamericanas para facilitar el diagnóstico, prevención y tratamiento de los problemas de salud física de pacientes con TMG y en especial para pacientes con esquizofrenia.

↑ En la siguiente tabla (tabla 4) se resumen las recomendaciones sobre monitorización e intervención

sobre los problemas de salud física del paciente con TMG de estas guías.

5. ¿QUÉ PUEDE HACERSE PARA ABORDAR ESTA SITUACIÓN?

- Aumentar la percepción del problema por parte de los profesionales de la salud mental, los de atención primaria, los pacientes con TMG y sus familias, difundiendo adecuadamente la información de investigación disponible.
- Favorecer la formación y la capacitación de los profesionales de la salud mental y de la atención primaria para llevar a cabo las estrategias de prevención, diagnóstico, monitorización y terapéuticas necesarias en estos pacientes.
- Desarrollar sistemas de integración apropiada entre la asistencia de salud mental y la de salud física. En la literatura surge un cierto debate acerca de quién debe encargarse de vigilar la salud física de los pacientes con esquizofrenia. Debe haber un profesional bien identificando que se responsabilice de la asistencia de salud física de cada paciente y el psiquiatra ocupa una posición privilegiada en el seguimiento de estos pacientes.
- Los servicios de salud mental deben ser capaces de proporcionar una evaluación estándar regular de sus pacientes, con objeto de identificar los problemas de salud física. Las directrices actuales sobre el manejo de los pacientes a los que se administran fármacos antipsicóticos deben ser conocidas y aplicadas por todos los servicios de salud mental. Los propios pacientes deben intervenir lo más posible en ello.
- Incorporar los problemas de salud física a los programas de psicoeducación, a las unidades de adherencia al tratamiento y a los programas de atención a pacientes con TMG.
- Los servicios de salud mental deben proporcionar de manera habitual programas de dieta y ejercicio, y de tratamiento del tabaquismo.
- Finalmente, habría que favorecer nuevas investigaciones en este campo. Las enfermedades físicas no deben considerarse siempre factores de confusión en los estudios relativos a la enfermedad mental grave.



↑ Tabla 4. Control de la salud física en el paciente con enfermedad mental grave

	Primera visita	En cada visita	Visita anual	Observaciones
ANAMNESIS	Antecedentes personales y familiares médicos y psiquiátricos.	X		1. Evaluar signos y síntomas de nueva aparición en cada visita. 2. Evaluar ideación o planes suicidas.
	Sucidalidad.	X		
	Signos y síntomas de enfermedad orgánica.	X		
	Medicación concomitante.	X		
	Estilo de vida y dieta.	X		
	Signos y síntomas de enfermedad orgánica.	X		
	Función sexual y comportamientos de riesgo. Preguntar/ orientar métodos anticonceptivos. Evaluar interacciones farmacológicas. Consejo preconcepcional si desea embarazo.	X		1. Si comportamiento de riesgo: serología anual y recomendar preservativo. 2. Valorar deseo reproductivo, método anticonceptivo. 3. Evaluar niveles de lamotrigina si anticonceptivo con estrógenos.
	Hábitos tóxicos: – Tabaco: tiempo de evolución, cantidad, edad de inicio, estado anímico para el abandono. – Alcohol: frecuencia y cantidad. – Otros tóxicos.	X		1. Recomendar hábitos de vida saludable. 2. Valorar si motivación tratamiento deshabitación. 3. Derivar a unidad de patología dual.
EXPLORACIÓN FÍSICA	Peso, talla . IMC y perímetro abdominal.	X		1. Perímetro abdominal cada 12 meses.
	TA y FC.	X		1. Si HTA derivar al MAP. 2. Si litio informar de interacciones con diuréticos y antihipertensivos sobre el eje renina angiotensina.
	Electrocardiograma.			1. Repetir si factores de riesgo. 2. Si anomalías ST e inversión onda T sospechar miocarditis si tratamiento con clozapina. 3. Vigilar alaramiento QT.
	Valoración de efectos extrapiramidales y discinesia tardía.	X		1. Cada 3 meses si el tratamiento es con antipsicóticos típicos. 2. Añadir correctores (BZD si acatisia o anticolinérgicos si parkinsonismo).
	Explorar cambios en la visión; visión borrosa y de lejos.			1. Si > 40 años visitar oftalmólogo 1 vez/ año. Si < 40 años 1 vez/2 años.

Tabla 4. Control de la salud física en el paciente con enfermedad mental grave (continuación)

	Primera visita	En cada visita	Visita anual	Observaciones
ANALÍTICA	Hemograma bioquímica (perfil lipídico, glucemia, creatinina, función hepática, ionograma).		X	1. Repetir en cada visita si glucemia >125 mg/dl. 2. Repetir a las 10 semanas. si cambio de tratamiento o incremento de peso >7% y valorar otra alternativa terapéutica. 3. Seguir protocolo si tratamiento con clozapina.
	Serología VIH,VHB,VHC,VDRL, papiloma virus.		X	1. Repetir si practicas de riesgo. 2. Vacunar pacientes con conductas de riesgo. 3. Psicoeducación sexual. 4. Derivar al especialista si infección
	Perfil hormonal (TSH, PRL).	(1)	X	1. Medir TSH al inicio tratamiento con litio y a los 3-6 meses. 2. Si galactorrea , trastornos menstruales o disfunción sexual repetir PRL. 3. Realizar PRL en niños.
	Control nivel de fármacos (litio, carbamacepina, valproato).	X		
TRATAMIENTOS	Recomendar hábitos de vida saludable, sin consumo de alcohol ni tabaco.	X		1. Revisión del tratamiento y valorar reacciones adversas. 2. Revisión del cumplimiento terapéutico. 3. Recomendaciones visita basal.
	Dieta baja en grasas y azúcares simples. Mantener el peso adecuado.	X		
	Ejercicio físico diario.	X		
	Reforzar consejos Código Europeo contra el cáncer. Si cáncer de mama, pulmón, ovario.			1. Si cáncer de mama, pulmón, ovario evitar antipsicótico que eleven PRL. 2. Si cáncer de colon y cervix evitar aumento de peso.
	Revisiones bucodentales		X	

Valores de referencia para el diagnóstico:

- HTA: >140/90 mmHg en 2 días diferentes (triple toma) salvo toma única >189/110 mmHg.
- Obesidad: IMC: >25 kg/m². Sobrepeso 25-30 y obesidad mórbida >30 kg/m².
Perímetro abdominal: hombres: >94 cm y mujeres >80 cm.
- Dislipemias: colesterol total >200 mg/dl, cHDL <40 mg/dl, cLDL >130 mg/dl o triglicéridos >200 mg/dl derivar al MAP. Valorar una alternativa al tratamiento farmacológico.
- Síndrome metabólico: descrito más arriba.
- Diabetes: >126 mg/dl en 2 ocasiones glucemias en ayunas o glucemia basal casual >200 mg/dl.
- Hipotiroidismo subclínico: si TSH >6 mU/l repetir. si se mantiene derivar al especialista. no es criterio absoluto para retirar tratamiento.
- Los pacientes con TMG normalmente son más jóvenes, presentan una presión arterial más elevada y una mayor probabilidad de ser fumadores que los sujetos de las poblaciones utilizadas para calcular los sistemas de puntuación del riesgo cardiovascular, como Framingham o SCORE, por lo que para garantizar su tratamiento las directrices europeas de prevención de la ECV incluyen un esquema de riesgo relativo en el que el riesgo global se basa en el hábito de fumar, la presión arterial sistólica y el colesterol total.



RECOMENDACIONES CLAVE

Es imprescindible realizar un historial clínico completo que incorpore la atención a los aspectos de salud mental y física del paciente con trastorno mental grave.

La elección del tratamiento farmacológico deberá realizarse en función de la eficacia (control sintomatológico), tolerabilidad (perfil de efectos secundarios) y preferencias del paciente, buscando optimizar la adherencia terapéutica y la calidad de vida del paciente.

6. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Bobes J, Sáiz Ruiz J, Montes JM, Mostale J, Rico-Villademoros F, Vieta E. Consenso Español de Salud Física del Paciente con Trastorno Bipolar. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2008;1(1):26-37.

Escurra J, Gonzalez Pinto A, Gutierrez Fraile M. La salud física en el enfermo psiquiátrico. Ed. Grupo Aula Médica. 2008.

Saiz Ruiz J, Bobes Garcia J, Vallejo Ruiloba J, Giner Ubago J, Garcia-Portilla Gonzalez MP. Consenso sobre salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008;36(5): 251-264.

Marder SR, Essock SM, Miller AL et al. Physical Health Monitoring of Patients with Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2004;161:1334-49.

www.esquizofreniaonline.com/cursos/saludfisica. Curso on line. Salud física en esquizofrenia.

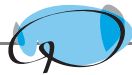
7. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Arango C, Bobes J, Aranda P, Carmena R, García-García M, Rejas J, CLAMORS Study Collaborative Group. A comparison of schizophrenia outpatients treated with antipsychotics with and without metabolic syndrome: Findings from the CLAMORS study. *Schizophr Res*. 2008;104:1-12.

Bernardo M, Banegas JR, Cañas F, Casademont J, Riesgo Y, Varela C, Aregal J. Prevalence and level of recognition of cardiovascular risk factors in schizophrenia: the Spanish RICAVA study. New Research Poster Board Number NR 894. APA 159th Annual Meeting Toronto, Canada. 2006. May 20-25.

Rodríguez-Artalejo F, Baca E, Esmatjes E et al. Valoración y control del riesgo metabólico y cardiovascular en los pacientes con esquizofrenia. *Medicina Clínica*. 2006;127(14):542-548.

Maj AM. Necesidad de proteger y fomentar la salud física en personas. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2009;2(1):1-4.



79. SALUD MENTAL PERINATAL



Autoras: Alba Roca Lecumberri y Cristina Marqueta Marqués
Tutores: Ana Herrero Mendoza y Vicenç Vallès Callol
Consorci Sanitari de Terrassa. Terrassa. Barcelona

CONCEPTOS ESENCIALES

El embarazo no es protector; en el período perinatal existe mayor riesgo de recaídas así como de inicio de los trastornos psiquiátricos.

No se puede garantizar un embarazo sin riesgo; la decisión del uso de fármacos debe tomarse valorando riesgo-beneficio.

Se debe tratar siempre que sea necesario intentando evitar la polifarmacia y con la dosis mínima eficaz (no infraterapéutica).

1. INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente se ha considerado erróneamente la gestación como un período de bienestar que protegía a las mujeres de los trastornos mentales. En los últimos años diferentes estudios han demostrado que el embarazo no es protector, sino que es en este período en el que existe un mayor riesgo de recaídas así como de inicio de los trastornos psiquiátricos.

La morbilidad psiquiátrica de la población embarazada es del 20-40%, situándose la tasa de suicidios en el 0,5-5,9 por cada cien mil nacidos vivos.

El objetivo de este capítulo es revisar la evolución de los trastornos más prevalentes durante el período perinatal así como las líneas básicas de su tratamiento.

2. TRASTORNOS MENTALES EN EL PERÍODO PERINATAL

2.1. TRASTORNOS AFECTIVOS

2.1.1. Depresión prenatal

En las mujeres la prevalencia de trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida es del 10-25%, especial-

mente en los años de fertilidad (de los 25 a los 44 años).

Aunque las tasas de prevalencia de depresión durante el embarazo son similares a las de las mujeres no embarazadas (7-15% en países desarrollados, 19-25% en subdesarrollados), durante este período se reportan más síntomas depresivos subclínicos.

Las tasas más elevadas se dan en el primer trimestre de embarazo con un segundo pico durante el tercer trimestre.

Su diagnóstico puede verse enmascarado por los síntomas somáticos de la gestación (alteración del apetito y el sueño, fatiga, disminución de la libido), basándose fundamentalmente el diagnóstico en síntomas de anhedonia, sentimientos de culpa, rechazo del embarazo, desesperanza e ideación autolítica.

2.1.2. Disforia posparto

Es necesario diferenciar la depresión de la disforia posparto. Entre el 30-75% de las mujeres presentan un síndrome disfórico (“*blues posparto*”) a las



48-72 horas del parto caracterizado por marcada labilidad emocional, irritabilidad, ansiedad, insomnio y falta de apetito. Estos síntomas se autolimitan en dos semanas aunque se debe tener en cuenta que aproximadamente el 25% de las mujeres que lo presentan desarrollarán una depresión posparto.

2.1.3. Depresión posparto

En el posparto se estima una prevalencia de depresión mayor entre el 10-15%, aunque aproximadamente el 50% de los casos se inicia durante el embarazo sin detectarse.

Según el DSM IV-TR los síntomas deben aparecer en las 4 primeras semanas posparto para considerarse un trastorno depresivo de inicio posparto. No obstante, muchos clínicos consideran mayor el período de vulnerabilidad (hasta 1 año).

Al igual que durante el embarazo, en el posparto las alteraciones vegetativas pueden perder valor por lo que se debe prestar especial atención a síntomas como fobias de impulsión, irritabilidad e ira, sentimientos de culpa e incapacidad, y ansiedad marcada.

■ Factores de riesgo para la Depresión Posparto (DPP):

- Historia personal o familiar de depresión.
- Antecedentes personales de DPP (probabilidad 50%).
- Síntomas depresivos durante el embarazo.
- Aborto o muerte fetal en los 12 meses previos.

Para el *screening* de la depresión en el período perinatal existe la EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), una escala de 10 ítems, autoadministrada, con una elevada sensibilidad y validada para su diagnóstico, siendo el punto de corte de 12/30.

2.1.4. Trastorno bipolar

La prevalencia del trastorno bipolar en población general oscila entre el 0,5-1,5%, con una frecuencia similar en ambos sexos aunque en las mujeres se han observado mayores tasas de ciclos rápidos, episodios mixtos y episodios depresivos.

Durante el embarazo se ha descrito un riesgo de recurrencia del trastorno bipolar de hasta el 70%. Las mujeres que discontinúan el tratamiento estabilizador presentan el doble de riesgo de recaída siendo ésta más temprana y más duradera que en aquellas que mantienen el tratamiento eutimizante.

La mayoría de recurrencias en el embarazo son depresivas o mixtas (74%) y casi la mitad se dan durante el primer trimestre.

■ Predictores de recurrencia:

- Diagnóstico de trastorno bipolar tipo II.
- Inicio temprano de la enfermedad.
- N° recurrencias/año.
- Enfermedad reciente.
- Uso de antidepresivos.
- Uso de antiepilépticos vs. litio.

El posparto es un período de elevado riesgo de recaídas para las mujeres que sufren trastorno bipolar, con siete veces más riesgo de ingreso por un primer episodio y casi el doble de riesgo de recurrencia que en mujeres no embarazadas.

Existe asociación entre el trastorno bipolar y la psicosis puerperal; se ha descrito que el 74% de las mujeres con trastorno bipolar que presentan una psicosis posparto tenían familiares de primer grado con antecedentes de psicosis posparto.

2.2. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad son frecuentes y más prevalentes en las mujeres (17,5%) que en los hombres (9,5%). No obstante durante el período perinatal han sido menos estudiados que los trastornos depresivos siendo escasos los datos sobre su prevalencia.

2.2.1. Trastorno de pánico

El trastorno de pánico puede suponer un importante impacto en el funcionamiento de la mujer. Aproximadamente el 40% de mujeres con antecedentes de trastorno de pánico pueden experimentar una reducción de síntomas durante el embarazo, pero entre el 20-30% experimentarán una exacerbación de éstos. Esta cifra se eleva hasta casi el 40% en el posparto

y en muchas mujeres el posparto supondrá el inicio del trastorno (11-33%)

2.2.2. Trastorno obsesivo-compulsivo

La prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) durante el período perinatal no se ha establecido de forma clara, aunque los datos sugieren que el embarazo y el posparto pueden incrementar el riesgo de aparición o exacerbación del trastorno. Asimismo un inicio temprano del trastorno y la presencia de síntomas moderados-graves antes del embarazo predicen un curso más grave durante el período perinatal.

Varios estudios establecen una elevada comorbilidad entre los síntomas obsesivo-compulsivos y la depresión posparto.

Se ha descrito un “subtipo de TOC” que se inicia en el tercer trimestre de embarazo caracterizado por síntomas obsesivos sin conductas compulsivas asociadas, principalmente en relación al estado del neonato. No obstante, se debe tener en cuenta que los síntomas obsesivos son comunes en el período perinatal incluso en ausencia de un trastorno de Eje I, siendo necesaria una cuidadosa evaluación.

2.3. TRASTORNOS PSICÓTICOS

2.3.1. Esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno con una prevalencia de aproximadamente un 1%.

A pesar de que clásicamente se ha considerado que la incidencia es igual en ambos sexos, parece que podría ser algo menor en las mujeres. En éstas existen 2 picos de inicio de la enfermedad: en la década de los 20 y entre los 45 y los 49 años.

Las mujeres con esquizofrenia tienen tasas de embarazos similares al resto de la población general, aunque con mayor riesgo de embarazos no planificados y no deseados.

Las gestaciones en mujeres con esquizofrenia se consideran embarazos de alto riesgo dado que presentan más complicaciones obstétricas y perinatales que la población general, entre éstas se han descri-

to: parto prematuro, bajo peso neonatal, retraso del crecimiento intrauterino, alteraciones de la placenta y hemorragia prenatal, incremento de malformaciones congénitas y una mayor incidencia de muerte postnatal.

El mayor riesgo de descompensación del trastorno se halla en el primer año posparto, y más frecuentemente en los 3 primeros meses., con tasas de recaída del 25 al 50%.

- Factores de riesgo de descompensación en posparto:
 - Antecedentes de hospitalización superior a 3 meses.
 - Mayor gravedad de la enfermedad.
 - Sintomatología psicótica en los 6 meses pre-embarazo.

En estas mujeres, especialmente, es necesaria una intervención multidisciplinar.

2.3.2. Psicosis posparto

Varios estudios sugieren una prevalencia de la psicosis posparto del 0,1-0,2%, presentándose en el 80% de casos en mujeres primíparas.

Este trastorno suele desarrollarse entre el 3º y el 15º día del posparto, aunque un estudio reciente halló que en más del 50% de las mujeres con trastorno bipolar estos síntomas eran presentes desde el día del parto.

El DSM IV-TR no incluye la psicosis posparto entre sus diagnósticos sino que utiliza los criterios estándar para psicosis con la especificación de “inicio en el posparto” si los síntomas aparecen en las cuatro semanas siguientes al parto.

- Factores de riesgo
 - Trastorno bipolar: las mujeres con trastorno bipolar tiene mayor riesgo de sufrir psicosis posparto y ésta puede ser el primer episodio de la enfermedad.
 - Antecedentes familiares de psicosis posparto.
 - Antecedentes personales de psicosis posparto (30-50% recurrencias).



La psicosis posparto se considera una emergencia clínica con secuelas graves que incluyen en infanticidio (4%) y el suicidio materno (5%).

2.4. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria (TCA) entre las mujeres en edad fértil se ha establecido entre 0.5-3% según el tipo de trastorno, estimándose una prevalencia del 1% en el embarazo.

Su detección, especialmente de la bulimia, puede ser difícil durante el embarazo.

- Signos de alerta:
 - Hiperémesis gravídica (exceso de náuseas y vómitos).
 - Ausencia de ganancia de peso en dos visitas prenatales consecutivas en el segundo trimestre.
 - Antecedentes de TCA.

La presencia de un TCA durante el embarazo confiere un riesgo mayor asociándose a mayor incidencia de hiperémesis gravídica, aborto, retraso del crecimiento intrauterino, parto prematuro, cesárea y depresión posparto.

Algunos casos mejoran durante el embarazo aunque existe riesgo de recaída durante el primer año posparto.

Se debe evaluar la presencia de trastornos comórbidos y en caso de ser necesario un tratamiento se valorará el uso de psicofármacos y de psicoterapia de forma individualizada.

2.5. SUICIDIO

Durante el embarazo y el primer año posparto la tasa de suicidios es menor a la de la población femenina general; no obstante el riesgo existe con una prevalencia en el primer año posparto del 0,5 al 5,9 por cien mil nacidos vivos.

Estudios de mortalidad materna hallan que en el primer año posparto del 2,7 al 15% de las muertes

son por suicidio, con mayor riesgo en el primer mes posparto.

- Factores de riesgo de suicidio consumado:
 - Ingreso psiquiátrico en el posparto.
 - Mujeres jóvenes, solteras y de baja clase social.
 - Muerte fetal intrauterina (riesgo similar a población femenina no embarazada).

3. TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO EN EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA

Garantizar un embarazo sin complicaciones no es posible. La tasa global de abortos espontáneos en la etapa inicial del embarazo es del 10-20% y de malformaciones mayores del 3-5% (65-70% por factores desconocidos, 12-25% por factores hereditarios, 10% por factores ambientales y menos del 3% por exposición a fármacos).

La FDA (Food and Drug Administration) desarrolló un sistema de clasificación de riesgo de los fármacos subdividido en cinco categorías. En este sistema ningún fármaco psicótopo se clasifica en la categoría A (ausencia de riesgo), estando la mayoría de ellos en la categoría C y los estabilizadores como el litio, el valproato y la carbamacepina en la categoría D (tabla 1).

Idealmente, la decisión del uso de fármacos durante y tras el embarazo debería tomarse antes de la concepción siguiendo el modelo de toma de decisiones según riesgo-beneficio, considerando los efectos de la enfermedad no tratada y de los psicofármacos sobre el feto.

- Riesgos asociados al tratamiento:
 - Se debe tener en cuenta que todos los psicofármacos atraviesan la barrera placentaria, están presentes en el líquido amniótico y se excretan por leche materna.

Los riesgos del tratamiento farmacológico durante el embarazo incluyen:

- Malformaciones mayores (exposición durante el primer trimestre).
- Síndromes abstinenciales o de toxicidad (exposición durante el tercer trimestre).

Tabla 1. Clasificación psicofármacos FDA

CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	PSICOFÁRMACOS
A	Estudios controlados en embarazadas no han mostrado un mayor riesgo de anomalías.	
B	Los estudios en animales no han revelado efectos teratógenos, pero no existen estudios adecuados en embarazadas.	Buspirona. Zolpidem.
C	Los estudios en animales han demostrado efectos teratógenos y no existen estudios adecuados en embarazadas. Los beneficios del fármaco pueden ser aceptables a pesar del riesgo.	Amitriptilina. Clomipramina. Imipramina. Bupropión. Citalopram. Escitalopram. Fluoxetina. Sertralina. Fluvoxamina. Lorazepam. Clonazepam. Clorazepato. Venlafaxina. Duloxetina. Mirtazapina. Trazodona. Gabapentina. Lamotrigina. Oxcarbacepina. Topiramato. Aripiprazol. Clozapina. Olanzapina. Quetiapina. Risperidona. Ziprasidona. Haloperidol. Clorpromazina. Trifluoperazina. Perfenacina.
D	Hay indicios de riesgo fetal en seres humanos, pero los beneficios potenciales del fármaco pueden ser aceptables, a pesar del riesgo, si no existen otras alternativas inocuas.	Diazepam. Alprazolam. Nortriptilina. Paroxetina.* Carbamacepina. Valproato. Litio.
X	Efectos teratógenos probados en seres humanos. Contraindicado en embarazo.	Flurazepam. Triazolam. Quazepam.

FDA Consumer magazine Volume 35, Number 3 May-June 2001

* Stephen M. Stahl. The Prescriber's Guide. Stahl's Essential Psychopharmacology. Third Edition. Cambridge: Cambridge University Press, 2009*A finales del 2005 se publicó un artículo que asoció paroxetina con malformaciones cardíacas fetales por lo que la FDA pasó este fármaco de la categoría C a la D. Estudios posteriores no han demostrado esta asociación.

- Peores resultados neonatales.
- Posibles efectos neuroconductuales a largo plazo.

Es importante tener en cuenta que los datos sobre los efectos del uso de psicofármacos durante el embarazo no proceden de estudios metodológicamente robustos por claras limitaciones éticas.

- Riesgos asociados a la enfermedad no tratada:

Estudios recientes sugieren que las mujeres con trastornos mentales no tratados durante el embarazo y el posparto presentan mayor riesgo de malnutrición, mayor consumo de alcohol y otras sustancias, y peor control del embarazo.



Asimismo, en los últimos años algunos estudios han establecido asociación entre la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva no tratada durante el embarazo y complicaciones obstétricas y perinatales:

- Parto pretérmino, bajo peso al nacer y bajo Apgar.
- Preeclampsia y eclampsia.
- Incremento de la morbilidad materna (malnutrición, aumento del consumo de nicotina, alcohol y cocaína, tentativas de suicidio, y ambivalencia respecto al embarazo).

Principios generales del uso de psicofármacos durante el embarazo:

- Tratar sólo cuando sea necesario valorando la relación riesgo-beneficio.
- Informar ampliamente de los riesgos y beneficios de los tratamientos y de las consecuencias de no tratar.
- Valorar el riesgo de recidiva en la discontinuación de tratamientos previos.
- En caso de retirada de un fármaco evitar la suspensión brusca (reducción gradual).
- Utilizar la dosis mínima eficaz (evitar dosis in-
fraterapéuticas).
- Evitar la polifarmacia.
- Siempre que sea posible, elegir psicofármacos con menos metabolitos activos, mayor unión a proteínas y menos interacciones.
- Intentar evitar el uso de fármacos durante el primer trimestre (entre la 3ª y 11ª semanas: organogénesis).
- Ajustar la dosis en función del tiempo gestacional y monitorizar los niveles plasmáticos de los psicofármacos en los que sea posible.
- Asegurar un adecuado *screening* del estado fetal durante la gestación.
- Informar al obstetra sobre el uso de psicofármacos y posibles complicaciones.
- Monitorizar al recién nacido (sintomatología abstinerencial).

3.1. ANTIDEPRESIVOS

3.1.1. Embarazo

Existen numerosos estudios naturalísticos del uso de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), en particular la fluoxetina, durante el embarazo. La mayoría de estudios realizados hasta la actualidad no han encontrado incremento de tasa de malformaciones mayores o de abortos espontáneos en los expuestos.

Los datos sobre los efectos de la exposición prenatal a antidepresivos respecto al peso y la edad gestacional son controvertidos. Algunos estudios no encuentran diferencias respecto a los neonatos no expuestos, mientras que otros sí. En un estudio reciente se halló que el peso al nacer y la edad gestacional era menor en los niños expuestos a antidepresivos y esta diferencia era mayor a más dosis de fármaco.

Los neonatos expuestos a ISRS en el tercer trimestre pueden presentar síntomas de abstinencia caracterizados por hipotonía, irritabilidad, llanto excesivo, dificultades para dormir y distrés respiratorio. Otros autores describen la presencia de síntomas serotoninérgicos (temblor, inquietud, rigidez) reversibles.

Los antidepresivos tricíclicos (ATC) habían sido asociados a malformaciones de extremidades. En un metaanálisis que abarcó 30.000 nacimientos no se objetivó ninguna relación entre la exposición a ATC durante el primer trimestre y malformaciones congénitas. Estos fármacos se consideran seguros durante el embarazo.

No se recomienda el uso de IMAO durante el embarazo ya que los estudios realizados en animales muestran un efecto teratógeno en el embrión además de las complicaciones que presentan en relación a las restricciones dietéticas y la posibilidad de crisis hipertensivas.

Otros fármacos como bupropion, mirtazapina, trazodona y venlafaxina no se han relacionado con malformaciones mayores. Aún así estos antidepresivos no serían de primera elección dado que los datos obtenidos hasta el momento provienen de estudios en animales o series de casos.

3.1.2. Lactancia

ISRS: la sertralina y la paroxetina, presentan niveles séricos bajos o indetectables en la leche materna por lo que serían de elección. Con fluoxetina no se han observado efectos adversos, aunque se ha descrito disminución de la ganancia de peso, no significativa, en algunos lactantes expuestos. Con fluvoxamina y citalopram existen menos datos aunque no se han descrito alteraciones asociadas.

ATC: aproximadamente el 10% de la concentración materna del fármaco llega a la leche lo que provoca niveles séricos variables en el lactante. No se han descrito efectos adversos a la exposición excepto con doxepina la cual se recomienda evitar (se reportó un caso de insuficiencia respiratoria).

Venlafaxina: no se han descrito efectos adversos aunque existen pocos datos.

Existen escasos datos hasta la actualidad sobre otros antidepresivos por lo que no se recomendarían como primera elección.

3.2. BENZODIACEPINAS

3.2.1. Embarazo

El uso de benzodiazepinas durante el primer trimestre de embarazo se había asociado a malformaciones menores (fisuras orales, estenosis pilórica), no obstante, en estudios posteriores no se ha confirmado un incremento significativo del riesgo teratógeno.

En caso de ser necesario el tratamiento con ansiolíticos durante el embarazo se aconseja el uso de lorazepam o clonazepam.

Si el uso de benzodiazepinas ha sido prolongado a lo largo del embarazo se debe considerar la posibilidad de la aparición de un síndrome de abstinencia en el neonato o signos de intoxicación por lo que es recomendable la reducción progresiva del fármaco hasta el parto.

3.2.2. Lactancia

Aunque no están contraindicadas su uso debe ser limitado y con precaución por el riesgo de sedación en el neonato. Es preferible el uso de dosis bajas

de benzodiazepinas sin metabolitos activos (clonazepam, lorazepam).

3.3. EUTIMIZANTES

3.3.1. Carbonato de litio

■ Embarazo

El uso de litio en el primer trimestre de embarazo se ha asociado a malformaciones cardíacas (anomalía de Ebstein) con un riesgo de 0,05-0,1% (10-20 veces más riesgo que la población general); no obstante el riesgo absoluto sigue siendo bajo (1 de cada 1.000 nacimientos). En las mujeres expuestas a litio durante el primer trimestre se recomienda la realización de un ecocardiograma fetal a las 16-18 semanas de gestación.

La exposición a litio en el último periodo de gestación se ha asociado con arritmias cardíacas fetales y neonatales, hipoglucemia, diabetes insípida, polihidramnios, alteración de la función tiroidea, parto prematuro, síndrome del niño flácido (letargo, distrés respiratorio, flacidez y disminución del reflejo de succión).

Respecto a los efectos en el neurodesarrollo existen escasos estudios los cuales no han mostrado alteraciones conductuales ni cognitivas en niños expuestos.

Los cambios fisiológicos producidos durante la gestación pueden afectar a la absorción, distribución, metabolismo y eliminación del litio, por lo que se recomienda realizar una monitorización estrecha de los niveles de litio durante el embarazo y el posparto. Se aconseja realizar determinaciones mensuales de litio en sangre y semanales en el último mes de embarazo, así como determinaciones en posparto inmediato y recién nacido.

La decisión de mantener el tratamiento con litio durante el embarazo debe realizarse de forma individualizada y teniendo en cuenta el riesgo de recaídas. En caso de decidir su retirada ésta debe realizarse gradualmente ya que la discontinuación brusca se ha asociado a mayores tasas de recaída. La semana previa al parto se aconseja disminuir la dosis de litio hasta un 50%.



■ Las guías clínicas recomiendan:

- a) Riesgo mínimo de recaída: retirar litio de forma gradual antes de la concepción.
- b) Riesgo moderado de recaída: retirar litio antes de concepción y reintroducir tras la organogénesis.
- c) Riesgo grave de recaída: mantener el tratamiento durante toda la gestación y realizar ecocardiograma fetal entre la semana 16-18.

■ Lactancia

La concentración de litio en la leche materna es aproximadamente un 30-50% de los niveles maternos. Dado que la función renal del neonato no está totalmente desarrollada, la vida media del litio en el recién nacido es de 68-96 h por lo que la Academia Americana de Pediatría no recomienda la lactancia en caso de tratamiento materno con litio.

3.3.2. Antiepilépticos

■ Embarazo

– Ácido valproico

El ácido valproico atraviesa la barrera placentaria y presenta mayores concentraciones en el feto que en la circulación materna con una vida media en el recién nacido hasta 4 veces mayor que en el adulto (43-47 h).

La exposición durante el primer trimestre de embarazo a valproico se ha asociado a malformaciones del tubo neural con un riesgo de espina bífida mayor que en población general (1-5%). La incidencia de defectos del tubo neural se puede reducir mediante tratamiento con ácido fólico 4mg/día desde la periconcepción hasta el final del primer trimestre. Se aconseja control fetal con ecografía de alta resolución a las 18 semanas de gestación, ecocardiograma fetal y alfafetoproteína.

Otras malformaciones congénitas asociadas son: anomalías craneofaciales, de las extremidades y cardiovasculares.

El tratamiento durante el último período de embarazo puede dar lugar al "síndrome fetal por valproato" caracterizado por restricción

del crecimiento fetal, dismorfología facial y defectos cardíacos y de las extremidades.

Existen escasos estudios sobre los efectos en el neurodesarrollo, uno de ellos halló menor coeficiente intelectual en los niños expuestos que en controles, pero los datos son controvertidos.

– Carbamazepina

En algunos estudios realizados se ha asociado el uso de carbamazepina durante el embarazo con un incremento del riesgo de espina bífida y otras anomalías congénitas como dimorfismo craneofacial, hipoplasia ungueal y alteraciones del desarrollo. La espina bífida se produce en un 0,5-1% de los niños expuestos a carbamazepina en el primer trimestre, mientras que el riesgo de espina bífida en la población general es del 0,03% (3 de cada 10.000). Las indicaciones generales serían similares a las del tratamiento con valproato.

En embarazadas en tratamiento con carbamazepina se aconseja suplemento con vitamina K 20 mg/día durante los dos últimos meses de embarazo y la administración de una dosis de vitamina K intramuscular al recién nacido (riesgo de hemorragia).

– Lamotrigina

La exposición fetal a lamotrigina no se ha asociado a alteraciones del crecimiento fetal.

El tratamiento en monoterapia no incrementa el riesgo de malformaciones mayores, no obstante en combinación con valproato el riesgo aumenta hasta casi el 12%.

Este fármaco podría ser de elección como tratamiento de mantenimiento en mujeres con trastorno bipolar embarazadas.

■ Lactancia

Los datos disponibles hasta la actualidad, aunque son escasos, hallan concentraciones bajas o no cuantificables de valproato y carbamazepina en la leche materna por lo que la Academia Americana de Pediatría y de Neurología considera que estos fármacos son compatibles con la lactancia. La relativa seguridad de estos agentes en la lactancia contrasta con su potencial teratogénico en el embarazo.

En los niños expuestos durante la lactancia se recomienda monitorización para detectar posibles complicaciones hepáticas.

3.3.3. Antipsicóticos

■ Embarazo

– Antipsicóticos típicos

La mayoría de la información sobre el uso de antipsicóticos típicos en el embarazo proviene de estudios sobre el tratamiento de la hiperémesis gravídica.

Alta potencia (p. ej. haloperidol, perfenazina, trifluoperazina): no se han documentado efectos teratogénicos significativos. Algún estudio describe mayor riesgo de prematuridad y bajo peso al nacer, pero los datos son contradictorios.

Baja potencia (p. ej. clorpromacina): en un estudio prospectivo de unas 20.000 mujeres tratadas principalmente con fenotiacinas no se encontraron asociaciones significativas con las tasas de supervivencia neonatal o anomalías severas. Un metaanálisis halló un pequeño incremento de riesgo de malformaciones congénitas en niños expuestos en el primer trimestre.

Se ha descrito toxicidad fetal y neonatal en relación a la exposición con antipsicóticos típicos incluyendo síndrome neuroléptico maligno, discinesias, efectos adversos extrapiramidales, ictericia neonatal y obstrucción intestinal postnatal.

No se han encontrado alteraciones en el neurodesarrollo de los niños expuestos aunque los estudios realizados son en niños que habían recibido dosis bajas de antipsicóticos.

Las dosis de antipsicóticos típicos durante el período periparto deben mantenerse en las dosis mínimas para limitar el uso de medicaciones que controlen los efectos adversos extrapiramidales.

– Antipsicóticos atípicos

Los datos existentes sobre la seguridad reproductiva del uso de antipsicóticos atípicos son limitados. En un estudio comparativo prospectivo entre mujeres expuestas y no expuestas a antipsicóticos atípicos (olanzapina, risperidona, quetiapina y clozapina) se halló una

mayor tasa de bajo peso neonatal y abortos terapéuticos en los expuestos pero no parecen asociarse a un mayor riesgo de muerte fetal intraútero, prematuridad, malformaciones congénitas ni síndromes perinatales.

Clozapina: debido al riesgo de agranulocitosis se aconseja monitorizar el recuento de células blancas del recién nacido. Existe también riesgo asociado de hipotensión ortostática, lo que disminuiría la presión de la sangre en la placenta, pudiendo provocar efectos adversos en el recién nacido.

Risperidona: no parece asociarse a mayor riesgo de aborto o malformaciones que en la población general aunque sí se encuentran algunos efectos adversos extrapiramidales en el recién nacido.

Olanzapina: en series de casos no se ha hallado un mayor riesgo de malformaciones. Hay un caso documentado de retraso en el desarrollo motor a los 7 meses, con resolución a los 11 meses.

Quetiapina: no se encuentran malformaciones congénitas asociadas. Un caso demostró un desarrollo normal a los 6 meses.

Ziprasidona y aripiprazol: no hay casos documentados de exposición fetal a estos fármacos.

■ Lactancia

Existen pocos casos publicados sobre el uso de antipsicóticos en lactantes y no se han documentado efectos neuroconductuales a largo plazo sobre los recién nacidos. Es importante tener en cuenta que muchos antipsicóticos tienen vidas medias largas, por lo que pueden acumularse y provocar sedación en los lactantes.

Se aconseja retirar la lactancia materna si se usan antipsicóticos; si no es posible se debe monitorizar al lactante y dividir las dosis para producir menores concentraciones en leche materna.

3.3.4. Terapia electro-convulsiva

La terapia electro-convulsiva (TEC) se considera un tratamiento seguro durante el embarazo. Sus indicaciones son las mismas que en la mujer no embarazada.



da, dirigiéndose fundamentalmente a las situaciones que suponen un riesgo elevado e inmediato para la madre y/o el feto (depresión con síntomas psicóticos, riesgo suicida).

La TEC no se ha asociado a una mayor incidencia de malformaciones congénitas ni a complicaciones relevantes durante el embarazo.

3.3.5. Terapia psicológica

Hasta la actualidad no existen tratamientos específicos y diferenciados para el tratamiento de los trastornos mentales durante el período perinatal.

Diferentes estudios han demostrado la eficacia de la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal para el tratamiento de los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad en el embarazo y el posparto.

Existen algunos estudios piloto de tratamientos adaptados especialmente para la depresión posparto (programas de atención telefónica, intervenciones focalizadas en el recién nacido -*Keys to Caregiving* -)

Estos tratamientos pueden de ser de primera elección en aquellos casos leves o moderados en que no esté indicado el tratamiento farmacológico o bien como coadyuvante a éste en casos más graves.

↑ RECOMENDACIONES CLAVE

La morbilidad psiquiátrica en el período perinatal es elevada.

La mayoría de trastornos afectivos se presentan en el primer y tercer trimestre del embarazo.

El inicio o descompensación de los trastornos psicóticos es más frecuente en el posparto.

En muchos casos, la sintomatología psiquiátrica se diagnostica en el posparto sin que se haya detectado durante la gestación.

Varios estudios demuestran comorbilidad entre diferentes trastornos psiquiátricos en el período perinatal.

El uso de fármacos durante el embarazo y lactancia debe considerarse valorando los riesgos asociados al tratamiento y los riesgos asociados a la enfermedad no tratada, intentando evitar su uso durante el primer trimestre.

Los fármacos de primera elección serían aquellos con menos metabolitos activos, mayor unión a proteínas y menos interacciones.

Se debería utilizar la menor dosis eficaz, ajustándola en función del tiempo gestacional, aconsejando la monoterapia y monitorización de los niveles plasmáticos del fármaco, así como asegurar un adecuado screening del estado fetal y del recién nacido.

El plan terapéutico a seguir se decidirá siempre de forma individualizada, teniendo en cuenta el estado psicopatológico de la madre y el riesgo de recaídas en caso de estabilidad, la edad gestacional y los posibles efectos secundarios que el fármaco pueda generar en el feto y/ o recién nacido.

4. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Yonkers K, Little B. Management of psychiatric disorders in pregnancy. 1st ed. London: Ed. Edward Arnold. 2001 .

Buist A, Ross LE, Steiner M. Anxiety and mood disorders in pregnancy and the postpartum period. In: Castle DJ, Kulkarni J, Abel KM (eds.). Mood and anxiety disorders in women. 1st ed. Cambridge: Ed. Cambridge University Press. 2006:136-162.

Wisner KL, Zarin DA, Holmboe ES, Appelbaum PS, Gelenberg AJ, Leonard HL, Frank E. Risk-benefit decision making for treatment of depression during pregnancy. *Am J Psychiatry*. 2000 Dec;157(12):1933-40.

Solari H, Dickson KE, Miller L. Understanding and treating women with schizophrenia during pregnancy and postpartum. *Can J Clin Pharmacol*. 2009;Vol 16(1):e23-e32.

Yonkers K, Wisner K, Store Z, Leibenluft E, Cohen L, Millar L, Manber R, Viguera A, Suples T, Altshuler L. Magement of Bipolar Disorder during pregnancy and the postpartum period. *Am J Psychiatry*. 2004;161:608-620.

5. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Wyszynski AA, Lusskin SI. Pacientes obstétricas. En: Wyszynski AA, Wyszynski B (eds.). Manual de psiquiatría para pacientes con enfermedades médicas. Ed. Masson. 2006:121-170.

Yonkers K, Wisner K, Stewart D, Oberlander T, Dell D, Stotland N, Ramin S, Chaudron L, Lockwood C. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009;31(5):403-13.

Yaeger D, Smith H, Altshuler L. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia during pregnancy and the postpartum. *Am J Psychiatry*. 2006 Dec;163(12):2064-70

Gentile S. Prophylactic treatment of bipolar disorder in pregnancy and breastfeeding: focus on emerging mood stabilizers. *Bipolar Disorders*. 2006;8:207-220.

Masud M, Sobhan T, Ryals T. Effects of commonly used benzodiazepines on the fetus, the neonate and the nursing infant. *Psychiatric Services*. 2002;53:39-49.





80. ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS DE LA EPILEPSIA Y OTRAS ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS



Autoras: Ana Belén López Catalán y María Vicens Poveda

Tutor: Daniel Olivares Zarco

Servicio de Psiquiatría. Hospital General Universitario de Guadalajara

CONCEPTOS ESENCIALES

En las enfermedades neurológicas tratadas en este capítulo existe una elevada comorbilidad con diferentes trastornos psiquiátricos mucho mayor de la esperable como adaptación a una enfermedad crónica e incapacitante.

En numerosas ocasiones los fenómenos psicopatológicos son la única manifestación observable de un trastorno neurológico desconocido.

En la epilepsia estos fenómenos pueden aparecer asociados a la propia crisis en forma de síntomas variados recortados en el tiempo; o durante el período interictal bajo la forma de un trastorno psiquiátrico primario.

1. INTRODUCCIÓN EPILEPSIA

La epilepsia es la presentación crónica y recurrente de fenómenos paroxísticos que se originan por descargas neuronales desordenadas y excesivas. Estos fenómenos se denominan crisis epilépticas o ataques, y sus manifestaciones son tan variadas como funciones tiene el cerebro.

➔ El CIE 10 y DSM IV-TR agrupan a los trastornos asociados con la epilepsia bajo el concepto de trastornos mentales “orgánicos” o “relacionados con condiciones médicas”. Son tradicionalmente divididos en periictales (antes, durante y después de las crisis epilépticas), e interictales (independientes de las crisis), que son los más frecuentes.

2. EPIDEMIOLOGÍA

La epilepsia es un trastorno neurológico muy frecuente que afecta a casi el 2% de la población mundial. De forma orientativa se habla de una tasa de incidencia del 7% de trastornos psicopatológicos entre los

epilépticos y de que entre un 30 y un 50% de estos pacientes tienen algún tipo de “dificultad” psiquiátrica en el curso de su enfermedad.

3. ETIOPATOGENIA

La epilepsia es una alteración del funcionamiento cerebral que se caracteriza por alteraciones en el equilibrio electroquímico y que se expresa mediante crisis espontáneas y recurrentes. Las manifestaciones clínicas del proceso epiléptico dependen del lugar de origen, naturaleza, extensión y velocidad de propagación de las anomalías estructurales y neuroquímicas asociadas a la enfermedad. La etiología suele ser desconocida pero su aparición parece verse facilitada por lesiones cerebrales o factores hereditarios.

La relación que puede existir entre la epilepsia y los trastornos psiquiátricos se remonta a la idea de “enfermedad sagrada”, pasando por la teoría de la normalización forzada, hasta hipótesis actuales basadas en neuroimagen o la teoría del encendido y los focos secundarios.



4. CLÍNICA

La clasificación internacional de la ILAE (Liga Internacional contra la Epilepsia) divide a las crisis epilépticas en parciales y generalizadas (tabla 1).

Las manifestaciones neuropsiquiátricas en la epilepsia se pueden agrupar en tres categorías:

- Relacionadas con el síndrome de epilepsia, pudiendo ser periictales (en relación con la crisis) e interictales (tabla 2).
- Relacionadas con el tratamiento de la epilepsia. Los fármacos antiepilépticos son una conocida causa de alteraciones comportamentales; en una importante proporción de todos ellos se han descrito síntomas psicóticos, depresivos o alteraciones cognitivas. Pero sólo ocurre en una pequeña proporción de quienes los reciben, por lo que probablemente no sea la fundamental en la asociación que estudiamos.
- Relacionadas con la respuesta individual. Las dificultades de adaptación al diagnóstico de epilepsia son el problema psiquiátrico más frecuen-

te en estos pacientes. La angustia por la imprevisión de las crisis, el sentimiento de vergüenza ante los demás, el miedo a lastimarse durante una crisis, entre otros, son factores a tener en cuenta en la comprensión de estos pacientes.

4.1. SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS EN LA CRISIS (PERIICTALES)

La presentación clínica puede variar desde una mínima confusión hasta alteraciones complejas del comportamiento.

- En general tienen un comienzo brusco, corta duración (pudiendo variar desde minutos a días) y remisión completa.
- La dificultad de estos casos radica cuando no se observan cambios significativos en la conciencia y en las capacidades cognitivas. La posible fluctuación de los síntomas hace particularmente difícil el diagnóstico correcto de epilepsia, pudiendo alternar en un mismo paciente periodos de desorientación, con otros de adecuada capacidad de respuesta. Además, generalmente no se aprecia focalidad neuroló-

Tabla 1. Clasificación internacional de crisis epilépticas

Crisis parciales (activación de una determinada área neuronal)	Crisis parciales simples (nivel de consciencia preservado).	Con signos motores. Con alucinaciones somato-sensoriales o sensoriales especiales. Con signos y síntomas autonómicos. Con síntomas psíquicos.
	Crisis parciales complejas (nivel de consciencia preservado).	De inicio como parcial simple seguida de alteración de la conciencia. Con trastorno de conciencia desde el inicio.
	Crisis parciales con generalización secundaria.	Crisis parciales simples que se generalizan. Crisis parciales complejas que se generalizan. Crisis parciales simples que evolucionan a complejas y se generalizan.
Crisis generalizadas (activación de ambos hemisferios cerebrales)	Ausencias (típicas o atípicas). Mioclónicas. Clónicas. Tónicas. Tónico-clónicas. Atónicas.	
Crisis no clasificables		

Tabla 2. Manifestaciones neuropsiquiátricas en la epilepsia

Perictales (preictales, ictales y postictales)
<p>Difásicas: imposibilidad para entender y/o expresar lenguaje.</p> <p>Dismnésicas: sentimientos de despersonalización y desrealización, fenómenos de <i>flashbacks</i>, <i>déjà vu</i>, <i>jamais vu</i>, recuerdos panorámicos de la vida pasada.</p> <p>Cognitivas: pensamiento forzado, desorganizado, bloqueos, estados de ensueño.</p> <p>Afectivas: cambios paroxísticos del estado de ánimo, como placer, ira, miedo o depresión.</p> <p>Ilusiones: distorsión de las percepciones como sensación de cambio de tamaño y distancia de los objetos o sensación de deformación de una parte del cuerpo.</p> <p>Alucinaciones simples: alteraciones perceptivas somatosensoriales, visuales, auditivas, olfatorias y gustativas.</p> <p>Alucinaciones complejas: con más frecuencia son de carácter auditivo, como conversaciones o melodías.</p> <p>Automatismos estereotipados: como estrujarse la ropa, intentar desvestirse, estrujar los objetos que se tienen en las manos, vocalizar frases, caminar o correr,... que se realizan sin propósito y que son inadecuados a la situación.</p> <p>Estados confusionales.</p>
Interictales
<p>Trastorno de la personalidad.</p> <p>Trastorno psicóticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 1. Episodios psicóticos transitorios ("Psicosis Alternantes" de Tellenbach). ■ 2. Psicosis esquizofreniforme. <p>Trastornos depresivos.</p> <p>Trastorno de ansiedad.</p> <p>Trastorno orgánico.</p> <p>Síndrome descontrol episódico.</p>

gica ni movimientos anormales y puede conservarse la marcha sin alteraciones.

La presentación de los episodios psicóticos es polimórfica, pudiendo aparecer delirios, comúnmente seguidos de alucinaciones, con mayor frecuencia auditivas que visuales. También son habituales los cambios del estado anímico con presentación hipomaniaca seguidos de religiosidad importante. Las depresiones se caracterizan por sentimientos depresivos de aparición aguda y breve duración, que pueden acompañarse de sensaciones bizarras propias de la epilepsia, siendo frecuentes la presencia de ideas de indignidad e impulsos suicidas.

4.2. TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS INTERICTALES

4.2.1. Trastornos de la personalidad

Aunque autores clásicos han defendido la existencia de una personalidad epiléptica (enequética según Stauder, viscosa según Kretschmer). Actualmente la tendencia es a considerar la ausencia de una personalidad específica. Sin embargo, en pacientes con epilepsia del lóbulo temporal se han descrito con mayor frecuencia ciertos rasgos como: religiosidad, meticulosidad excesiva, ideación perseverativa, circunstancialidad del habla, verborrea, hipergrafía e hiposexualidad.



4.2.2. Episodios psicóticos transitorios ("Psicosis Alternantes" de Tellenbach)

Consisten en síntomas psicóticos temporales que "alternan" con periodos asintomáticos en un patrón congruente con la denominada Teoría del antagonismo: cuando aparecen los síntomas psicóticos desaparecen las crisis y al contrario.

4.3. PSICOSIS ESQUIZOFRENIFORME

Tienen un comienzo insidioso y suelen aparecer después de una latencia de 10 a 15 años de la aparición de la epilepsia. Se asocia con mayor frecuencia a epilepsias del lóbulo temporal. Suelen aparecer después del desarrollo de cambios de personalidad relacionados con la actividad cerebral epiléptica.

4.4. TRASTORNOS DEPRESIVOS

► El ánimo depresivo es el síntoma psiquiátrico más común en los pacientes con epilepsia. Su etiología puede deberse a la interacción de factores neurobiológicos iatrogénicos y psicosociales.

Estas depresiones cursan por lo general con más ansiedad, agresividad, irritabilidad, impulsividad y despersonalización. También se han descrito una mayor fluctuación sintomática, menos síntomas melancólicos y menor alteración en los ritmos biológicos. Asimismo son más frecuentes los síntomas psicóticos y pueden aparecer episodios de euforia paroxística de corta duración. Es interesante considerar que el riesgo de suicidio en pacientes epilépticos deprimidos es 4-5 veces de la población general con depresión y que aumenta considerablemente más en la epilepsia temporal.

4.5. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Aparecen con relativa frecuencia y pueden tener varias causas. Se ha asociado con la focalidad en el hemisferio cerebral izquierdo aunque, como hemos señalado en el apartado anterior, los factores psicosociales son los más importantes.

4.6. TRASTORNOS ORGÁNICOS

La expresión clásica "demencia epiléptica" es incorrecta, ya que está demostrado por estudios anatóni-

cos, neurológicos y clínicos que las crisis epilépticas, aun repetitivas, no dan lugar a lesiones atribuibles a la descarga neuronal y, por tanto, no provocan por sí mismas un deterioro mental. La disfunción cognitiva que aparece en algunos pacientes sería secundaria a lesiones estructurales, o al tratamiento antiepiléptico.

4.7. SÍNDROME DE DESCONTROL EPISÓDICO

► Son episodios repentinos de violencia espontánea, breves, con final súbito, que aparecen en algunos pacientes con epilepsia. A veces están relacionados con el consumo de pequeñas cantidades de alcohol.

5. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de las alteraciones psiquiátricas en la epilepsia es clínico y debe hacerse en función de la exploración psicopatológica, según los actuales sistemas de clasificación para los diagnósticos psiquiátricos primarios (DSM IV-TR y CIE 10). No se ha establecido ninguna relación diagnóstica entre la patología psiquiátrica con el tipo de epilepsia, pero se deberá tener en cuenta la relación temporal con la crisis, la sintomatología y el curso general del paciente.

Las características que deben hacer que el clínico sospeche la posibilidad de un trastorno relacionado con la epilepsia son:

- Aparición brusca de una psicosis en una persona con un funcionamiento premórbido normal.
- La aparición brusca de un delirio sin una causa reconocible.
- Los antecedentes de episodios similares con aparición brusca y recuperación espontánea.
- Los antecedentes de caídas y desmayos sin causa reconocida.

5.1. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

5.1.1. EEG (electroencefalograma)

► El criterio para realizar el diagnóstico de epilepsia incluye el cuadro clínico y el trazado electroencefalográfico durante la crisis o en el periodo intercrítico. Sin embargo cualquier anomalía en el EEG en ausencia de datos clínicos carece de significación

diagnóstica, ya que la población normal puede tener anomalías electroencefalográficas.

Si la realización del EEG coincide con el momento de presentarse los síntomas complementa muy bien el estudio. Aun así, lo más frecuente es que la toma del EEG se realice durante el período intercrítico donde pueden o no aparecer alteraciones electroencefalográficas. En consecuencia un EEG normal no excluye el diagnóstico de epilepsia.

5.1.2. Análisis bioquímico

Hemograma completo, electrolitos séricos, función renal, calcemia, glucemia y función hepática. Si está indicado, una prueba de detección de tóxicos.

5.1.3. Pruebas de neuroimagen (RX, TAC, RM, PET, SPET)

Los estudios de imagen como la tomografía axial computada (TAC) y la resonancia magnética (RM) se indican cuando el cuadro clínico hace sospechar una lesión estructural como causa de las crisis. Debe realizarse siempre que existan crisis parciales a cualquier edad o en cualquier tipo de crisis si aparecen por primera vez después de los 20 años, (cuando se consideran de aparición tardía y pueden ser el anuncio de enfermedades progresivas como tumores cerebrales).

5.1.4. Evaluación psicodiagnóstica

Sirve para completar el estudio. Podemos encontrar test de tipo psicométrico como el WAIS y otros test de personalidad como MMPI, 16 PF y Rorschach.

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Las pseudocrisis o las crisis pseudoepilépticas consisten en fenómenos paroxísticos que se pueden confundir con crisis epilépticas debido a la similitud de las manifestaciones, pero que no son consecuencia de descargas eléctricas neuronales. Es importante el diagnóstico diferencial con las crisis epilépticas (tabla 3).

Pueden tener un origen físico o psicogénico. Entre estos últimos encontramos más frecuentemente trastornos de conversión y disociativos.

Sin embargo hay que tener en cuenta que las personas epilépticas también pueden presentar pseudocrisis. Algunos estudios han comunicado que hasta un 50% de los pacientes que presentan crisis de origen psicogénico, tienen también epilepsia.

Tabla 3. Características que diferencian a las pseudocrisis de las crisis epilépticas

Variabilidad en los episodios, con movimientos corporales no estereotipados y asíncronos.
Los movimientos pueden aumentar si se aplica alguna forma de sujeción.
La cianosis es rara.
Los reflejos permanecen invariables.
El paciente suele resistirse a los intentos de abrirle los ojos.
Suele evitarse la autolesión, así como la incontinencia.
El nivel de conciencia puede variar, pero el recuerdo de sucesos ambientales durante el episodio favorece el diagnóstico de pseudocrisis.
El estrés emocional puede precipitar tanto crisis como pseudocrisis, sin embargo estas últimas pueden verse afectadas por la sugestión.
Suelen presentarse en presencia de alguien y tienen una ganancia primaria o secundaria.
Son infrecuentes durante el sueño.

7. POBLACIONES ESPECIALES

7.1. INFANCIA

Existe mayor incidencia de enfermedades psiquiátricas, tanto emocionales como comportamentales, en niños y adolescentes diagnosticados de epilepsia (33%) que las encontradas en la población sana (6,6%) o que presente otras enfermedades crónicas (11,6% en asmáticos).

Se ha descrito mayor frecuencia de síntomas depresivos, peor autoestima, e hiperactividad. Sin embargo no se ha encontrado evidencia de mayor incidencia en cuanto a psicosis o alteraciones de la personalidad en este grupo de edad.



El niño epiléptico tiene tres veces más riesgo de presentar problemas cognitivos que otros niños sin patología neurológica, en base a: el efecto de la propia epilepsia en el SNC; los posibles déficits neuropsicosociales asociados y los efectos adversos de los fármacos antiepilépticos.

7.2. ANCIANOS

Las manifestaciones psiquiátricas son más frecuentes en pacientes epilépticos mayores de 85 años a pesar de estar bien controlados.

Las comorbilidades asociadas con más frecuencia en el anciano epiléptico son la ansiedad y la depresión, teniendo en cuenta que su presentación puede ser distinta a la presentada en ancianos sin epilepsia y adoptar formas atípicas.

Las psicosis en estos pacientes se presentan más frecuentemente como cuadros paranoides en el contexto de una alteración metabólica u orgánica. También puede ser la expresión de un cuadro de tipo esquizofreniforme, con mayor tendencia a la catatonía y mayor compromiso afectivo, teniendo una mejor evolución que la esquizofrenia sin epilepsia.

7.3. EMBARAZADAS

El embarazo se asocia con un incremento de la frecuencia de crisis en torno al 20% en mujeres epilépticas.

La exposición a fármacos anticonvulsivos clásicos en el útero materno aumenta el riesgo del niño de presentar alteraciones cognitivas y del comportamiento en el futuro. Se ha observado un riesgo del 4,6% de presentar trastornos del espectro autista en niños expuestos frente a un riesgo del 0,06% en niños no

expuestos, aunque este incremento puede deberse también otros factores (genéticos, exposición a crisis intraútero, etc).

8. TRATAMIENTO

↑ La opción terapéutica que se elija estará condicionada sin duda por la atribución etiológica que hagamos del trastorno psiquiátrico.

8.1. ADVERTENCIAS SOBRE EL USO DE PSICOFÁRMACOS

↑ En general tenemos que tener en cuenta la repercusión de los psicofármacos sobre la epilepsia, la interacción entre estos y los medicamentos antiepilépticos, y los posibles efectos desfavorables del tratamiento antiepiléptico sobre el estado psíquico.

- Antiepilépticos: se puede plantear cambio de antiepiléptico si se sospecha que están implicados en la psicopatología del paciente. Habitualmente se sustituye la fenitoína y el fenobarbital por carbamazepina o el valproato.
- Neurolépticos (NRL): bajan el umbral convulsivo. Existen gran número de interacciones con los anticonvulsivos. La clozapina presenta efecto dosis-dependiente de descenso de umbral y su uso con carbamazepina puede tener efectos aditivos en las alteraciones hematológicas. La risperidona puede ser una alternativa.
- Antidepresivos (ATD): es preferible el uso de Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) a los ATD tricíclicos porque disminuyen menos el umbral convulsivo.
- Terapia electroconvulsiva (TEC): no está contraindicada de forma absoluta en la epilepsia y se ha propuesto en casos graves.

Tabla 4. Opciones terapéuticas principales

ATRIBUCIÓN ETIOLÓGICA		ABORDAJE TERAPÉUTICO PRINCIPAL
EPILEPSIA	PERICTAL	Ajuste de tratamiento antiepiléptico.
	INTERICTAL	Psicofarmacológico sintomático.
IATROGENIA		Control de efectos colaterales de los fármacos antiepilépticos.
ADAPTATIVA		Psicoterapia. Psicofarmacológico sintomático.

- Metilfenidato (MFD): se ha sugerido para mejorar el cuadro depresivo.
- Benzodiazepinas (BZD): peligro de retirada, efecto rebote y aumento de estados de confusión y letargia.
- Litio (Li): baja el umbral convulsivo. Alternativas:
 - Carbamazepina: es efectiva para la manía, con posible eficacia en ciertos casos de psicosis, síndrome de descontrol episódico, trastorno explosivo intermitente, síntomas obsesivo-compulsivos y agresividad interictal.
 - Valproato: puede ser utilizado en el Trastorno Afectivo Bipolar (TAB).

9. OTRAS ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

9.1. ENFERMEDAD DE PARKINSON

Con frecuencia la enfermedad de Parkinson (EP) se complica con una amplia variedad de manifestaciones psiquiátricas, véase tabla 5, apareciendo algún tipo de trastorno psiquiátrico hasta en un 25-45% de los pacientes.

- Los trastornos depresivos son las manifestaciones psiquiátricas más frecuentemente asociadas a la EP (alcanzando cifras de hasta el 50%), seguidos de los trastornos de ansiedad.
- Los síntomas psicóticos se han descrito relacionados a cualquier tipo de fármaco antiparkinsoniano, entre ellos, los agonistas de recep-

tores dopaminérgicos son los que con mayor frecuencia los producen (principalmente la pergolida).

- La psicosis en la EP se manifiesta generalmente en forma de episodios psicóticos agudos reversibles, caracterizados por ideas delirantes y alucinaciones (más frecuentemente visuales).

▶ En el tratamiento de la psicosis en la EP debe realizarse una adecuada selección de la medicación del paciente, reduciendo la dosis de fármacos dopaminérgicos sin comprometer la función motora. Si aún así no se resuelven los síntomas, se procederá al empleo de antipsicóticos atípicos. De ellos, los de mejor relación entre perfil eficacia y efectos extrapiramidales son la clozapina, y la quetiapina.

Entre los trastornos de impulsividad más comunes están la hipersexualidad, la ludopatía y otras conductas adictivas. Se han descrito casos tras tratamiento con pramipexol.

La demencia secundaria se trata en otro capítulo.

9.2. ENFERMEDAD DE HUNTINGTON

La enfermedad de Huntington (EH) es un trastorno neurodegenerativo de carácter hereditario. Se caracteriza clínicamente por trastornos del movimiento, síntomas psiquiátricos y demencia. El inicio de la enfermedad tiene carácter insidioso, por ello los cambios de conducta, las manifestaciones psiquiátricas y el déficit cognoscitivo preceden generalmente a los trastornos motores típicos.

Tabla 5. Manifestaciones psiquiátricas en la enfermedad de Parkinson

Trastornos depresivos.
Trastornos de ansiedad.
Síntomas psicóticos.
Cuadros maníacos e hipomaníacos.
Trastornos del sueño.
Estados de agitación.
Ataques de pánico.
Cuadros fóbicos.
Cuadros obsesivo-compulsivos.
Trastornos de impulsividad: hipersexualidad, ludopatía y otras conductas adictivas.



En el ámbito cognoscitivo, la memoria y la atención se ven afectadas desde el inicio de la enfermedad, siendo los primeros signos y síntomas obvios los de disfunción ejecutiva como dificultades en la organización, planificación y resolución de problemas.

▶ Las manifestaciones psiquiátricas en los pacientes con EH son muy variadas: trastornos afectivos, con episodios depresivos y maníacos con alto riesgo suicida; alteraciones de la conducta y del carácter como irritabilidad, apatía y crisis de agresividad; trastornos psicóticos con cuadros delirantes y alucinatorios; trastornos de ansiedad relacionados con frecuencia con síntomas obsesivos; alteraciones de la sexualidad y trastornos del sueño.

La ausencia de un tratamiento específico para la EH plantea, por el momento, el tratamiento de los síntomas más incapacitantes. El tratamiento de las manifestaciones psiquiátricas asociadas a la EH consiste en un tratamiento farmacológico y un abordaje conductual.

▶ En el tratamiento de la depresión se recomiendan el uso de los ISRS, por ser útiles para los síntomas asociados como irritabilidad y síntomas obsesivo-compulsivos (en especial la sertralina).

En el manejo de la manía se recomienda el uso de carbamacepina y ácido valproico.

En el tratamiento de los cuadros psicóticos se prefiere el uso de clozapina y en general de neurolépticos atípicos, debido a la menor incidencia de efectos secundarios de carácter motor.

Ante la refractariedad de los cuadros, el uso del TEC ha dado buenos resultados, pero el clínico debe tener en cuenta la posibilidad de disparar un delirium como efecto secundario en pacientes con demencia subcortical.

En el tratamiento clásico de la corea se ha mencionado la eficacia de los neurolépticos típicos. Sin embargo estos fármacos pueden inducir: disquinesia tardía, distonía aguda, parkinsonismo, distonía tardía con sedación y depresión como síntomas adicionales. Los neurolépticos atípicos se toleran mejor pero son menos efectivos.

9.3. SÍNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE

El Síndrome de Gilles de la Tourette (ST) es un trastorno neurológico de causa no bien conocida y cuyo principal neurotransmisor implicado es la dopamina. Se caracteriza por la emisión de tics fónicos y motores de distinto tipo y complejidad, que generalmente suelen cursar con un amplio espectro de manifestaciones clínicas de otros trastornos asociados, que pueden llegar incluso a ser más incapacitantes que los propios tics.

▶ Las comorbilidades más frecuentemente asociadas incluyen trastorno obsesivo compulsivo y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Entre otros, cabe destacar: trastornos del control de impulsos; trastornos del sueño y la alimentación; trastornos afectivos (depresiones que pueden alternar con estados de manía); trastornos de ansiedad y trastornos de aprendizaje

Desde la psiquiatría el tratamiento farmacológico es sintomático, a lo que se recomienda añadir un abordaje con psicoterapia que ayude a manejar tanto el trastorno como los problemas sociales y emocionales asociados.

En el tratamiento de los tics han demostrado su eficacia los neurolépticos como el haloperidol (de elección en pacientes con ST), clonidina, pimozida y risperidona. Conviene su utilizarlos en dosis bajas para evitar efectos secundarios como es el caso de la discinesia tardía.

Para el tratamiento de las obsesiones y compulsiones en pacientes con ST se pueden utilizar fármacos como la fluoxetina, clomipramina, sertralina y paroxetina que han resultado eficaces.

El tratamiento del ST combinado con TDAH conlleva importantes desafíos. Los alfa-2 agonistas como la guanfacina o las nuevas opciones no estimulantes como la atomoxetina, deberán considerarse. Sin embargo, muchos de estos pacientes pueden manejarse exitosamente con dosis controladas de estimulantes como el metilfenidato.

9.4. ESCLEROSIS MÚLTIPLE (EM)

La EM es una enfermedad desmielinizante multifocal crónica que afecta al sistema nervioso central

(SNC). Tiene un origen inmune y se caracteriza por ser progresivamente incapacitante y por debutar con casi cualquier síntoma neurológico. Puede afectar a casi todas las funciones propias del SNC debido a su dispersión topográfica: motoras, sensitivas, pares craneales y SNA.

Afecta frecuentemente al estado cognoscitivo: funciones mnésicas, capacidad atencional, aprendizaje y procesamiento de la información. Esta gran versatilidad de síntomas explica la gran comorbilidad psiquiátrica que presenta la enfermedad.

Los síntomas neuropsiquiátricos más comunes son los relacionados con el afecto (depresión y manía), la conducta y la disfunción cognitiva.

Como factores etiológicos destacan la localización y grado de desmielinización, reacción de adaptación

frente al diagnóstico y la discapacidad y los efectos secundarios del tratamiento inmunomodulador.

Sigue siendo controvertida la relación entre el tratamiento con interferón y el riesgo de depresión y conductas suicidas, a pesar de que estudios recientes no han encontrado evidencia sobre ésta.

Los episodios de manía no suelen estar relacionados con el uso de esteroides, por lo que se recomienda continuar con la pauta esteroidea y tratar la manía de la forma habitual.

Es necesario considerar la mayor vulnerabilidad de estos pacientes hacia los efectos secundarios anticolinérgicos (delirium, retención urinaria, dolor genitourinario, estreñimiento). También presentan mayor tendencia a la fatiga, mareos, dolor músculo esquelético difuso, parestesias, disestesias y disfunción sexual.

Tabla 6. Trastornos psiquiátricos asociados a la EM

Depresión	Prevalencia 27 y 50%. Ideación suicida un 36% e intentos autolíticos un 6%.
Manía y trastorno afectivo bipolar	La prevalencia del TAB es el doble que en la población general. LA EM debe ser considerada en pacientes cicladores rápidos así como en un episodio transitorio de manía en un paciente con alteraciones neurológicas inespecíficas.
Deterioro cognitivo	Entre el 45 y el 65% de los pacientes presentan déficit cognitivo. Su presentación más grave es la demencia subcortical por la dificultad diagnóstica.
Psicosis	2,5 veces más frecuente que en la población general.
Alteraciones de la personalidad	Están determinadas por la localización de las lesiones y el grado de atrofia.
Trastornos adaptativos	Ante la gravedad de los síntomas y la ausencia de tratamiento curativo, en ocasiones se produce una incapacidad para afrontar la nueva situación vital, con aparición de síntomas de ansiedad y depresión reactivos. Se han encontrado series de pacientes con síntomas de ansiedad en un 90% y depresión en el 50%.



Tabla 7. Alternativas terapéuticas en los trastornos asociados a la EM

	TRATAMIENTO 1ª ELECCIÓN	2ª ELECCIÓN
Depresión	ISRS + Psicoterapia cognitivo conductual (CBT).	Tricíclicos, IMAO.
Manía	Eutimizantes (carbamazepina)+ antipsicóticos atípicos (olanzapina, quetiapina).	Litio, antipsicóticos típicos.
Deterioro cognitivo	Sintomático + rehabilitación neurocognitiva + psicoterapia individual/familiar.	El tratamiento con IFN-beta puede enlentecer la afectación cognitiva.
Psicosis	Antipsicóticos atípicos.	Antipsicóticos típicos.
Alteraciones de la personalidad	Sintomático + psicoterapia individual/familiar.	Eutimizantes, antipsicóticos atípicos.

RECOMENDACIONES CLAVE

Ante la evaluación de un paciente nuevo que presenta síntomas psiquiátricos siempre hay que plantearse la posibilidad de una patología somática como causa de esos síntomas.

Entre las posibles causas se encontraría la epilepsia, recordando que algunas formas de ésta pueden simular un trastorno psiquiátrico primario.

Un diagnóstico diferencial adecuado entre crisis “verdaderas” y pseudocrisis va a evitar poner tratamientos antiepilépticos en aquellos pacientes que no lo necesitan, y a instaurar tratamientos específicos según la causa.

Es necesario tener en cuenta que el error de diagnosticar una epilepsia como trastorno psicógeno es mucho más frecuente que el inverso y mucho más perjudicial para el paciente.

La detección del trastorno neurológico primario o comórbido ha de condicionar nuestra actitud terapéutica, tanto en el plan general como en el manejo psicofarmacológico concreto.

10. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Cacho Gutiérrez J. Trastornos cognitivos y neuropsiquiátricos en la epilepsia. Guías neurológicas: Epilepsia [Internet]. Faes Farma; 2002-2003 [última actualización 25 noviembre de 2005]. p. 23-43. Disponible en: http://www.faes.es/area_medica/publicaciones/articulos.lasso?art=316

Barcia Salorio D (ed.). Aspectos psiquiátricos de la epilepsia. En: Trastornos mentales de las enfermedades neurológicas: una psiquiatría para neurólogos. 1ª ed. Murcia: Ed. Fundación Universitaria San Antonio. 2005:425-476.

Marchetti RL, Castro APW, Kurcgant D et al. Epilepsia y Trastornos Mentales. Revista de psiquiatría clínica. 2005;32(3):170-182.

Riggio S. Psychiatric Manifestations of Nonconvulsive Status Epilepticus. The Mount Sinai. Journal of Medicine. 2006;7:73.

Machleidt W et al (ed.). Trastornos mentales en la epilepsia: la epilepsia como trastorno mental. En: Psiquiatría, trastornos psicósomáticos y psicoterapia. 7ª ed. Barcelona: Masson, S.A. 2004:386-393.

11. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Amor A, Vallejo J. Comorbilidad psiquiátrica en la epilepsia. Psiquiatría Biológica. 2001;8(6):231-237.

Muñoz Salgado JL. Psicosis Epiléptica: a propósito de un caso clínico. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. 2009;15(3):141-167.

Durán-Ferreras E, Chacón JR. Tratamiento de la psicosis parkinsoniana. Revneurol. 2009. 48(12):645-653. [Consulta el 15 de junio de 2009]. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19507125?dopt=Abstract>

Otero S. Psychopathology and psychological adjustment in children and adolescents with epilepsy. World Journal Pediatric. 2009;5(1):12-17.

Lackington I. Trabajos de Revisión. Comorbilidad Psiquiátrica en Epilepsia y su Tratamiento. Revista Chilena de Epilepsia. 2006;7(1):34-41.





81. LA COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES DE LA SALUD



Autoras: Isabel Gobernado Ferrando y Elena Benítez Cerezo
Tutor: Carlos Rianza Bermudo-Soriano
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

CONCEPTOS ESENCIALES

Este capítulo trata sobre las dificultades de comunicación con los compañeros de trabajo que se puede encontrar el residente de psiquiatría en su labor diaria. Inicialmente concebido como un capítulo teórico sobre habilidades de comunicación, resolución de conflictos y fundamentos legales, tras varias revisiones se decidió que resultaría de mayor utilidad enfocarlo desde un punto de vista práctico.

Pese a haber mantenido elementos teóricos ineludibles, el objetivo del capítulo no es ser “estudiado”, sino servir como una herramienta práctica al residente de psiquiatría, como una guía para tener a mano y releer de vez en cuando, principalmente durante los momentos en los que la relación con otros compañeros es más intensa (guardias, interconsulta...).

No queremos decir con esto que el capítulo sea una receta maravillosa con la que resolver todas las dificultades. Sabemos que cada situación es diferente y es la experiencia personal la que mejor puede guiar la conducta. Sin embargo, creemos que puede ser de utilidad exponer de forma general lo que nuestra experiencia después de varios años de formación en un hospital general nos ha enseñado, citando ejemplos que posteriormente cada uno pueda adaptar a su situación concreta.

➔ 1. DEFINICIÓN Y ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN

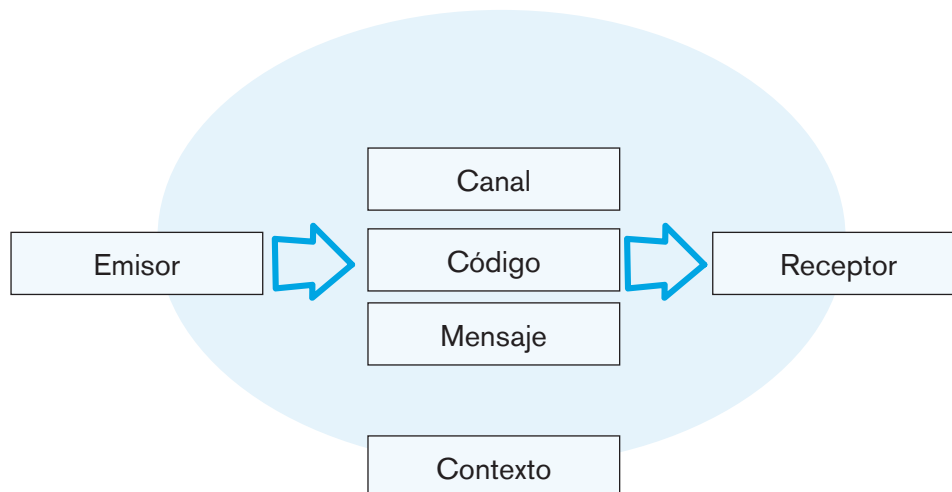
La comunicación es la transmisión de información de un individuo a otro. Según el modelo de Shannon y Weaver, los elementos que deben darse para que se considere el acto de la comunicación son (ver ilustración 1):

- Receptor: el que recibe la información.
- Emisor: el que emite el mensaje.
- Canal: medio físico por el que se transmite el mensaje.

- Código: sistema de reglas propias de cada sistema de signos y símbolos de un lenguaje que el emisor utilizará para transmitir su mensaje.
- Mensaje: la información que se transmite.
- Situación o contexto: situación o entorno en el que se desarrolla el acto comunicativo.

La comunicación puede establecerse de un modo verbal (a través del lenguaje) o en modo no verbal (gestos, entonación, postura, contacto visual). Al contrario de lo que habitualmente se piensa, más de la mitad de lo que comunicamos es a través del lenguaje no verbal.

Figura 1. Elementos de la comunicación



2. IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

La coordinación en el trabajo diario entre los distintos profesionales de la salud es necesaria para ofrecer al paciente un cuidado óptimo, con la mayor efectividad y los menores riesgos posibles. Dado el enfoque biopsico-social de la medicina actual y la progresiva especialización, progresivamente se están imponiendo los equipos de trabajo, formados por profesionales de distintas ramas (médicos, enfermería, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales...) expertos en distintas áreas de conocimiento.

Se han descrito varios tipos de equipos de trabajo según sus características:

- Unidisciplinar: las tareas se llevan a cabo por los miembros de las distintas disciplinas de forma independiente, sin que exista comunicación o interés en lo que hacen los demás.
- Paradisciplinar: existe un grado de cortesía entre los distintos miembros del equipo pero no existe coordinación o esfuerzos en planificar juntos las estrategias a seguir.
- Multidisciplinar: compuesto por un grupo de profesionales que trabajan de forma independiente, interactuando para mantener al resto de los miembros informados de las actividades que están realizando.
- Interdisciplinar: los distintos miembros del equipo trabajan en el mismo espacio, colaborando

de forma frecuente para lograr unos objetivos. La comunicación entre ellos es estrecha, logrando un alto nivel de coordinación e integración.

El trabajo en equipos interdisciplinarios no sólo consigue mejorar la atención a los pacientes, pronóstico y tiempo de hospitalización, sino que también produce un efecto positivo en los profesionales, que presentan mayores niveles de satisfacción.

3. ¿QUÉ PUEDE FALLAR? DIFICULTADES EN LA COMUNICACIÓN

El trabajo en equipo mejora la calidad asistencial y la satisfacción del profesional, pero también facilita la aparición de conflictos. En los equipos multidisciplinares cada uno de los miembros debe sacrificar en mayor o menor grado su autonomía, lo que no siempre es bien tolerado por todos. Además, aunque frecuentemente lidera el grupo un médico, no siempre está claro qué profesional ha de hacerlo. Finalmente, en algunas ocasiones las diferencias de opinión se pueden interpretar como conflictos personales. En otros contextos la comunicación también puede llegar a resultar compleja dadas sus características: trabajo en urgencias, tensión emocional de las partes, falta de información, inmediatez en la toma de decisiones...

3.1. COMUNICACIÓN ENTRE LOS MÉDICOS Y OTROS PROFESIONALES SANITARIOS

Tradicionalmente la relación entre los médicos y el resto de profesionales en el ámbito sanitario (enfer-

mería, asistentes sociales, etc.) ha sido de cierta dominancia por parte de los primeros, limitándose los demás a realizar las intervenciones que solicitaban los médicos. En los últimos tiempos cada uno de los estamentos ha ido aumentando sus competencias y fomentando su autonomía, considerándose como profesionales independientes que colaboran con la finalidad de dar una atención más completa al sujeto enfermo. En lugar de interpretarlo como una invasión de “su territorio”, el médico debe adaptarse a esta nueva mentalidad, fomentando una comunicación abierta basada en la igualdad, respeto y mutuo entendimiento del papel de cada uno.

3.2. COMUNICACIÓN ENTRE EL PSIQUIATRA Y LOS MÉDICOS DE OTRAS ESPECIALIDADES

Los individuos tienden a identificarse con su propio estamento o especialidad, utilizando su peculiar terminología, valores y métodos. Esto es especialmente evidente en psiquiatría, cuya forma de trabajo y terminología parecen distanciadas del quehacer del resto de profesionales de la medicina. Además, los pacientes que padecen trastornos psiquiátricos suelen generar rechazo en el resto de profesionales, ya sea por las alteraciones conductuales que presentan, por las dificultades en su manejo práctico, o simplemente por los miedos asociados al estigma y prejuicio hacia lo que tiene que ver con la pérdida en la facultad de juicio y autogobierno. La enfermedad mental sigue siendo la “gran desconocida” de muchos de nuestros compañeros, que se manejan con habilidad con patología cardíaca o respiratoria pero desconocen por completo la semiología psiquiátrica. Todo esto obliga al residente de psiquiatría a trabajar de forma eficaz habilidades de comunicación, negociación y resolución de conflictos, lo que evitará enfrentamientos y frustración.

4. ¿QUÉ PUEDO HACER? HERRAMIENTAS QUE FACILITAN LA COMUNICACIÓN

A continuación se exponen distintas estrategias para mejorar la comunicación, clasificadas según el elemento al que se refieren. Están extraídas de libros, artículos y, principalmente, de la experiencia personal de los autores. Esperamos que sean de ayuda al lector en su quehacer diario.

4.1. RECEPTOR

Escuchar no es lo mismo que oír, requiriendo lo primero un esfuerzo por parte del receptor para entender el mensaje. Si el receptor no está en disposición de recibir el mensaje, difícilmente se podrá establecer una comunicación adecuada. En muchas ocasiones a lo largo de la residencia nos enfrentaremos con demandas que nos resultarán inadecuadas. ¿Quién no ha “sufrido” llamadas de madrugada por ancianos confusos en urgencias, solicitud de valoración de un intento autolítico de un paciente semicomatoso camino de cuidados intensivos, o motivos de consulta poco claros del tipo “es que no se nos ocurre qué puede tener, a lo mejor es psiquiátrico...”? ¿Cuántas veces ante estas demandas *a priori* inadecuadas nos “negamos” a escuchar a los compañeros porque creemos que nos intentan “colar” al paciente, o vamos predispuestos a que el paciente “no es psiquiátrico” y nos da igual lo que nos digan porque no vamos a cambiar nuestra idea?

La actitud adecuada para la recepción del mensaje se llama escucha activa. La escucha activa requiere empatía, que es la habilidad de comprender lo que nos intentan transmitir desde el punto de vista del emisor, entendiendo los sentimientos, pensamientos y motivaciones que subyacen al mensaje. Eso, por supuesto, no implica aceptar sin objeciones puntos de vista que no compartamos.

Esto se puede traducir en los siguientes consejos prácticos:

- Plantéate el motivo que subyace a la demanda. En muchas ocasiones las demandas inadecuadas están motivadas por la angustia del profesional que las realiza. Piensa que la inseguridad y la ignorancia en ocasiones se disfrazan de desprecio o desinterés. En general suele ser fácil detectar los aspectos emocionales relacionados con estas actitudes. Puede resultar útil solicitarle al compañero, en tono conciliador, que aclare el motivo de su solicitud y, si no es adecuado, transmitirse lo. En caso de insistencia, nuestro consejo es atender la demanda con la mejor disposición posible. Seamos realistas... al paciente probablemente lo vas a valorar igual, y si lo haces de mala gana es probable que la atención no sea la mejor. ¡Y el paciente no tiene la culpa!



- Ten en cuenta que los demás no siempre se manejan adecuadamente con la semiología psiquiátrica, por lo que la descripción que nos hacen del paciente puede no ser precisa. Detrás de una demanda por un motivo de consulta aparentemente banal puede haber una psicosis u otro cuadro psiquiátrico de entidad importante. Procura no hacer un juicio del paciente antes de valorarlo, porque no es infrecuente equivocarse.
- Ser flexible denota inteligencia. A veces ceder unos pasos, aunque te mantengas firme en los puntos importantes, permite al otro sentirse más cómodo, haciendo más fluida la comunicación. Merece la pena dejar a un lado el orgullo si es por el bien del paciente. Muéstrate abierto a las ideas y conocimientos nuevos, los demás tienen mucho que enseñarnos. Respeta otros puntos de vista aunque no los compartas. Practica habilidades de negociación, y ten en cuenta que el mejor acuerdo es aquel que se basa en la filosofía *win-win* (yo gano, tú ganas).
- Procura no tomarte demasiado en serio a ti mismo. Todos nos equivocamos, y no olvides que eres un residente en formación y es algo que te puede ocurrir. Si te has equivocado admítelo. Te ganarás el respeto de tus compañeros. Aprende de tus errores.
- Traduce la crítica y la queja en peticiones. Lo que se comunica en tono agradable y en positivo enseña más y se recibe mejor. Evita juzgar, minimizar o realizar comentarios críticos de contenido descalificador. Haz crítica constructiva, expuesta en términos de “oportunidad común de mejora” y tomando en cuenta opciones alternativas ofrecidas por el propio interlocutor.
- No ofrezcas soluciones prematuras u opiniones “de experto” antes de que tu interlocutor haya completado su narración. Con un diagnóstico apresurado corres el riesgo de equivocarte al no recibir toda la información relevante del caso. Además puede que tu interlocutor sienta que no le has prestado suficiente atención.
- Facilitar la adquisición de habilidades, aunque consume tiempo, ahorra esfuerzos a largo plazo. Si ayudamos a los compañeros a perder el miedo se sentirán más cómodos con el enfermo psiquiátrico y comenzarán a verle como cualquier otro enfermo. Anímalos a realizar intervenciones psiquiátricas sencillas. Intercambia opiniones y discute posibles formas de actuación con ellos. Solicítales que estén presentes cuando realices tu intervención. Así, la próxima vez sabrán cómo actuar.
- Hay que ser asertivo, pero nunca agresivo. Mantente firme en aquello que defiendes, pero sin generar enfrentamientos. El enfrentamiento no es útil y sólo produce frustración a ambas partes. Cuando recibas actitudes negativas de algún compañero, maneja la situación con tacto. Piensa que todos tenemos de vez en cuando un mal día. Contestar a la provocación o centrar la atención en la lucha y no en la búsqueda de soluciones NUNCA es una buena opción. Enfrentate a la idea, no a la persona. Si nos enfrentamos a un compañero sólo conseguiremos que haga poco caso de nuestras recomendaciones o incluso evite la comunicación con nosotros, lo que empeorará de forma significativa la calidad de la atención al paciente. Siempre se trabaja mejor en un ambiente de colaboración y no de enfrentamiento.
- Finalmente, si te encuentras con alguien que no atiende a razones (que siempre los hay) no pierdas tu tiempo. Refleja tu valoración, juicio clínico y actitud a tomar de forma clara en la historia clínica, y a otra cosa. Siempre puedes

4.2. EMISOR

Una buena comunicación, entendida como eficaz, debe asentarse sobre la base de la buena disposición al diálogo. Nuestra actitud debe estar dirigida a facilitar la comunicación. Para ello puede resultar útil:

- Actúa con cortesía. Mostrar comprensión y paciencia y resultar accesible son estrategias muy útiles. Piensa que mañana puedes ser tú el que necesite ayuda de un compañero. Cuida el lenguaje no verbal, no debes transmitir con tu actitud desgana o desinterés. Procura ofrecer una sonrisa, siempre es más agradable y facilita la comunicación. Pon en práctica otras habilidades, como buscar el contacto ocular o utilizar técnicas de acompañamiento (“entiendo, entonces lo que quiere decir es que...”, “entonces, si he entendido bien, lo que ocurre es...”).

llamar al adjunto que te supervisa o al tutor de residentes. No hay que tener miedo de consultar. Expón abiertamente tus dudas y pide explicaciones si las necesitas. Estás en formación, no tienes que saber solucionar todas las situaciones. También forma parte de tu formación saber cuándo necesitas ayuda.

4.3. CANAL

La comunicación abierta y habitual facilita la coordinación y el trabajo en equipo. En un ambiente laboral en el que no siempre hay tiempo para hacer reuniones de forma habitual, es aconsejable utilizar todos los canales disponibles para mantener la comunicación. Cada vez cobran más importancia en esto las nuevas tecnologías, que progresivamente se van incorporando a nuestro día a día. Sin embargo, no hay que olvidar que el canal más eficaz es la conversación directa, cara a cara. Es el más adecuado, principalmente si se está transmitiendo información sensible (y la información clínica es especialmente sensible). Procura no hacer consultas médicas telefónicas o a través de otros medios no directos, y nunca prescribas tratamientos por esta vía. Valora personalmente al paciente y deja reflejados en la historia clínica tu evaluación, juicio clínico y actitud a tomar. Evitarás cometer errores, malos entendidos y pérdidas de información.

4.4. CÓDIGO

No puede existir una comunicación adecuada si emisor y receptor no utilizan el mismo código. Una pregunta importante que nos tenemos que hacer es: ¿a quién me estoy dirigiendo? No podemos utilizar el mismo lenguaje cuando nos dirigimos a los familiares de un paciente con un nivel cultural bajo que cuando comentamos un paciente con uno de nuestros adjuntos. Un error común que cometemos es utilizar términos psiquiátricos cuando hablamos con compañeros que no están familiarizados con ellos, e incluso cuando hablamos con los pacientes y sus familiares. Otro error muy frecuente es la utilización de siglas y contracciones de palabras en los informes e historias clínicas. Aunque es cierto que ahorra tiempo de escritura, piensa que otras personas que lo lean pueden no entenderlo, perdiéndose información que a lo mejor es relevante.

En general, intenta no utilizar siglas en las historias clínicas e informes, y evita las palabras técnicas si te diriges a personas no familiarizadas con la psiquiatría.

4.5. MENSAJE

Para comunicar adecuadamente el mensaje, éste ha de ser claro, útil y con información precisa. Un error que comete a menudo el residente es perderse en largas explicaciones fisiopatológicas o psicosociales cuando comenta un paciente con un compañero de otra especialidad, el paciente o las familias. La experiencia nos dice que generalmente después de exponer amplia y brillantemente a un paciente durante largo rato, la persona que nos está escuchando (compañero de otra especialidad, enfermería, familiar...) no se ha enterado de lo que queremos transmitirle. Demasiada información se convierte en ruido. Además, ten en cuenta que en algunos contextos, como en las guardias, no se dispone del tiempo suficiente para discutir ampliamente al paciente. No hay que demostrar toda la psiquiatría que sabemos, sino comunicar eficazmente.

Lo primero que hay que tenemos que tener claro es ¿qué quiero transmitir? Para lograr esto es aconsejable perder unos minutos en pensar lo que queremos decir antes de hacerlo. Evitarás perder tiempo y tu comunicación resultará mucho más eficaz. Transmite tu mensaje de forma resumida y repite cuantas veces sea necesario el punto más importante. Ten en cuenta que los informes clínicos se hacen para que los compañeros que lo lean entiendan lo que le pasa al paciente, y para que el paciente entienda cuál es su tratamiento y cómo lo tiene que tomar, y no para que luzcas tu verborrea.

4.6. CONTEXTO

¿Dónde y cuándo? Elegir un contexto adecuado es primordial a la hora de transmitir, ya que un contexto equivocado puede imposibilitar el acto comunicativo. Procura elegir cuidadosamente el espacio y el lugar. Es cierto que en la práctica diaria no siempre se dispone del contexto óptimo, pero debemos procurar el mejor disponible según las circunstancias. Como normas generales ten en cuenta:

- Procura evitar distracciones e interrupciones. Si tienes algo importante que transmitir, busca



un lugar tranquilo y un momento en el que el compañero te pueda dedicar su tiempo.

- Si quieres señalar un error a un compañero, intenta quedarte a solas con él. Así no sentirá que le estás dejando en evidencia delante de los demás y no sentirá la necesidad de defenderse.

- Explora tu estado anímico y el de los demás. Los momentos de estrés o de alta carga emocional pueden no ser los mejores para transmitir eficazmente. Plantea la urgencia de tu mensaje y si puede esperar.

RECOMENDACIONES CLAVE

Mala disposición personal para la escucha.

- Trabajar la empatía. Intentar entender los motivos que subyacen a la demanda.
- Valorar al paciente antes de emitir juicios.
- Ser flexible.
- Admitir los errores y aprender de ellos.

Poca disposición al diálogo.

- Mostrar accesibilidad y cortesía.
- No juzgar, minimizar o descalificar. Hacer crítica constructiva.
- Utilizar el humor.
- Fomentar el aprendizaje. Utilizar el refuerzo positivo.
- Ser asertivo. Evitar el enfrentamiento.
- Pedir ayuda. Consultar con el adjunto.

Dificultad para establecer la comunicación.

- Utilizar todos los canales disponibles. Incorporación a las nuevas tecnologías.
- Procurar comunicar cara a cara si es información sensible.

Uso de “jerga” profesional.

- Adaptar el lenguaje al interlocutor.
- Evitar las siglas y las palabras técnicas.

Explicaciones complejas y largas, poco claras.

- Pensar antes de hablar.
- Resumir.
- Utilizar terminología sencilla.
- Repetir los puntos importantes.

Contextos inadecuados.

- Elegir un espacio adecuado para evitar interrupciones.
- Saber esperar al momento adecuado.

5. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Ellingson L. Communication, collaboration, and teamwork among Health Care Professionals. *Communication Research Trends*. 2002;21(3):3-21.

Furnham A, Pendleton D, Manicom C. The perception of different occupations within the medical profession. *Social Science and Medicine*. 1981;15:289-300.

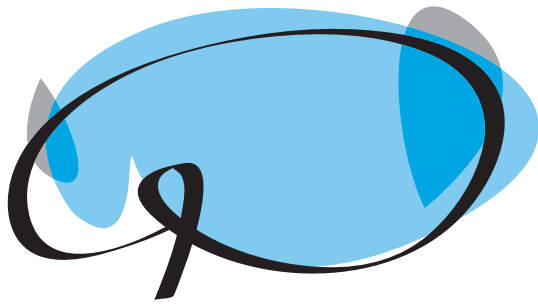
Trevithick P. Técnicas básicas de la entrevista. En: Trevithick P (ed.). *Habilidades de comunicación en intervención social*. Madrid: Ed. Narcea. 2009:106-74.

6. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Weaver W, Shannon CE. *The Mathematical Theory of Communication*. Champaign, IL: Univ. of Illinois Press. 1963.

Weels M. Nurse Physician Communication - Discourse Analysis. *Canadian Operating Room Nursing Journal*. 2004;22(4):33-7.





MÓDULO 4.

Rotaciones
(Formación
transversal)



Hospitalización de agudos





82. CÓMO ORGANIZAR LA ROTACIÓN POR LA UNIDAD DE AGUDOS



Autoras: Olga González Irizar y Ana Sáenz Ballobar

Tutor: Modesto Pérez Retuerto

Hospital Psiquiàtric Universitari Institut Pere Mata, Reus. Tarragona

CONCEPTOS ESENCIALES

Integración eficaz del residente en la unidad.

Adquisición de habilidades y conocimientos básicos.

Consecución de nivel de autonomía y competencia.

1. INTRODUCCIÓN

Dentro de las diferentes cuestiones relacionadas con la hospitalización de agudos, que se desarrollarán a lo largo de los siguientes capítulos de este libro, un aspecto que, desde el inicio, ha de considerarse básico y fundamental es todo lo relacionado con el tema concreto que abordaremos en este capítulo, que es la organización de la rotación por la Unidad de Agudos, que tal y como se especifica en la Orden SCO/2616/2008 publicada en el BOE núm. 224 con fecha 16 de septiembre de 2008, constituye una parte de la formación nuclear de la especialidad y se llevará a cabo durante dos cuatrimestres (8 meses).

En relación con esta organización, aunque cada unidad docente deberá tener en cuenta las características específicas de cada centro hospitalario, valorando sus propias prácticas reales, capacidades y posibilidades, habrá que definir una serie de actividades y objetivos mínimos, que será imprescindible realizar y adquirir durante este periodo y que figuran en los conceptos esenciales. Posteriormente se establecerán unos objetivos generales y otros específicos.

2. CARACTERÍSTICAS Y FUNCIONES DE LA UNIDAD DE AGUDOS

Las unidades de agudos en psiquiatría son dispositivos asistenciales con unas funciones y características

determinadas y concretas, como es el proporcionar atención y cuidados integrales, en régimen de internamiento, a pacientes en situaciones agudas en las que hay un riesgo psicopatológico grave que requiere de una intervención inmediata, la cual no puede efectuarse a nivel ambulatorio. Esta intervención inmediata se realiza durante un tiempo reducido, entre 15 y 20 días de media, y con actuaciones clínicas intensivas, las cuales se desarrollan dentro de un equipo multidisciplinar formado por psiquiatras, psicólogos, equipo de enfermería, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, auxiliares de enfermería, etc., estando esta atención coordinada con el resto de dispositivos de asistencia psiquiátrica y comunitaria, quedando resumidas estas características en la tabla 1.

Tabla 1. Características y funciones de la unidad de agudos

CARACTERÍSTICAS Y FUNCIONES DE LA UNIDAD DE AGUDOS

Atención y cuidado integral en régimen de internamiento.

Tiempo reducido e intervenciones intensivas.

Equipo multidisciplinar.

Atención coordinada con otros dispositivos.



La rotación por la unidad de agudos, al realizarse generalmente durante el periodo inicial de formación, ha de permitir que el médico que se inicia en la especialidad vaya adquiriendo de forma progresiva los conocimientos fundamentales de psiquiatría que, lógicamente, deberá ir ampliando y profundizando durante todo el periodo formativo y como no, a lo largo de su actividad profesional.

Es una de las rotaciones más enriquecedoras, ya que aporta una visión integral de todos y cada uno de los aspectos más primordiales de los trastornos psiquiátricos. Proporciona además un gran manejo y bagaje profesional y personal que ayudará posteriormente al médico a adquirir su competencia clínica.

Por tanto, el programa de rotación por esta unidad es esencial para la formación integral del residente. Se estructura considerando los contenidos y características del proceso y teniendo en cuenta que esta rotación debe proporcionar a los residentes los conocimientos, experiencia y habilidades en el manejo clínico de los pacientes agudos que ingresan en el hospital. Se ha de tener muy en consideración que la labor asistencial, indispensable para un correcto aprendizaje, no ha de impedir ni interferir la formación teórica, tan fundamental e importante como la puramente clínica buscándose, en todo caso, la relación óptima del temario teórico con la práctica asistencial.

▶ Es indispensable que el residente esté supervisado, de forma continuada y permanente, por el facultativo responsable desde el inicio y a lo largo de todo este periodo. Siendo esta supervisión necesaria durante todo el periodo formativo, resulta imprescindible en la rotación por la unidad de agudos tanto, por que en la mayoría de los casos estos dos cuatrimestres se convertirán en el primer contacto del residente con la enfermedad mental, como por la gravedad de los pacientes ingresados. Esta supervisión específica durante este periodo de rotación deberá estar coordinada con la más general y global, realizada por el tutor general a lo largo de todo el periodo formativo.

El facultativo responsable va a ser la figura que deberá guiarlo en el aprendizaje durante su rotación por la unidad de agudos durante estos primeros ocho meses de formación, en el que deberá aproximarse

de forma paulatina a los aspectos más relevantes de cada uno de los trastornos psiquiátricos y a las diferentes herramientas terapéuticas, ya sean de índole farmacológica, psicoterapéutica o bien biológica, como la terapia electro convulsiva (TEC).

Como decíamos antes, cada unidad docente tiene sus propias características, especificidades y capacidades, pero sería oportuno que en el caso de aquellas unidades de agudos que dispongan de TEC, el residente pudiera tener la posibilidad, a lo largo de todo el periodo formativo en la unidad, de estar como observador e iniciarse en el conocimiento teórico, así como en el perfil de los pacientes en los cuales está indicada esta técnica, y en general en el aprendizaje de todo el protocolo en relación a la TEC, siendo éste el primer paso para en el futuro realizar los cursos de formación específica para la práctica y aplicación del TEC.

Igualmente, y dependiendo de las disponibilidades de los centros, en aquellos en los que las unidades de hospitalización infanto-juvenil y de adultos formaran parte de la misma estructura hospitalaria o estuvieran muy próximas, sería conveniente que el residente procediera a un primer acercamiento a la patología de los niños y adolescentes y los aspectos relacionados con su hospitalización y atención. Esta aproximación, que podría hacerse durante un corto periodo de tiempo hacia el final de los dos cuatrimestres de formación, serviría de inicio en un aprendizaje que se ha de complementar posteriormente en las unidades específicas infanto-juveniles.

En cuanto al desarrollo de los aspectos de formación teórica del programa, que debería de constituir, al menos, el 10% de la actividad durante el periodo de rotación, se realizará dando especial prioridad a la participación activa e iniciativa del médico residente en el periodo formativo a través, entre otras fórmulas, del sistema de seminarios y el estudio individual tutorizado. A lo largo de todo este proceso formativo por la unidad de agudos se considera imprescindible no sólo la supervisión de la formación individual sino, igualmente, la supervisión de actividades grupales, al permitir éstas, también, analizar la integración del residente en los grupos, su adaptación en el trabajo multidisciplinar y reconocer la influencia de los vínculos interpersonales en su actuación profesional.

La enseñanza de estos conocimientos teóricos y prácticos debe ir asociada, de forma ineludible, de una iniciación en el aprendizaje y conocimiento de otros aspectos esenciales y primordiales para el futuro desarrollo profesional, laboral y como individuo del residente. Nos referimos a todos los aspectos relacionados con las cuestiones éticas en el sentido amplio del término, tanto a nivel del conocimiento de sus fundamentos básicos en medicina y psiquiatría como del desarrollo personal del individuo.

Finalmente, otro aspecto a tener en cuenta como parte imprescindible de la formación durante estos primeros meses, es la necesidad de estimular y potenciar en el residente el interés por las actividades científicas y de investigación que, siempre que fuera posible y dependiendo nuevamente de las posibilidades y capacidades de la unidad de rotación, debería de representar, al menos, otro 5-10% de la actividad total durante el periodo de rotación. Se han de adquirir unos conocimientos básicos en metodología y diseños de investigación y junto a ello, se considerará apropiado, como poco, el inicio de un trabajo supervisado durante este tiempo de rotación.

Tras estos dos cuatrimestres de rotación la evaluación del residente es realizada por el facultativo responsable y el jefe de la unidad de agudos por donde el especialista en formación ha rotado. La evaluación se registra en una "Ficha de Evaluación" que puntúa en una escala de 4 grados (0=insuficiente, 1=suficiente, 2=destacado, 3=excelente) aptitudes y actitudes mostradas por el residente en este periodo formativo evaluado. Dentro de aquellas, el nivel de conocimientos y habilidades adquiridas, capacidad para el enfoque diagnóstico y toma de decisiones, así como utilización racional de los recursos asistenciales. Y

dentro de las actitudes se tendrá en cuenta la motivación, dedicación, iniciativa, puntualidad/asistencia, nivel de responsabilidad, relaciones con pacientes/familias y la capacidad para el trabajo en equipo.

3. OBJETIVOS FORMATIVOS

Los conocimientos y habilidades que deberían ser adquiridos durante este periodo de la formación se podrían distribuir en unos objetivos generales y otros específicos.

3.1. OBJETIVOS GENERALES (tabla 2)

Como queda reflejado y resumido en la tabla 2, los objetivos generales fundamentales a completar en el periodo de rotación por la unidad de agudos serían:

- Atención y observación a enfermos en unidades de hospitalización, familiarizándose con las técnicas de anamnesis y exploración psiquiátrica, adquiriendo de forma paulatina los conocimientos básicos de psicopatología general necesarios para su actividad asistencial y siendo capaz de realizar, al final del periodo formativo, una evaluación del estado mental completa y adecuada.
- Conocimiento de los criterios diagnósticos y de clasificación de los trastornos mentales, así como de las técnicas neurobiológicas y psicológicas básicas que les llevará a realizar de forma reflexiva diagnósticos diferenciales razonables y sensatos.
- Mediante la utilización de las guías terapéuticas y basándose en la evidencia científica, el residente será capaz de considerar los criterios de

Tabla 2. Objetivos generales

OBJETIVOS GENERALES
Atención y observación a enfermos en unidades de hospitalización. Evaluación del estado mental.
Conocimiento de los criterios diagnósticos, de clasificación de los trastornos mentales y técnicas neurobiológicas y psicológicas.
Utilización de las guías terapéuticas.
Conocimiento de los principios básicos de psicofarmacología.
Comunicación y relación terapéutica con el paciente y familia.
Conocimiento de los dispositivos asistenciales y circuitos de derivación.
Abordaje de aspectos éticos y legales del enfermo mental.



gravedad del trastorno así como saber reconocer los síntomas incapacitantes y deficitarios.

- Conocimiento de los principios básicos de psicofarmacología, de las pautas de uso intensivo y de las principales interacciones medicamentosas, que permitirán al médico llevar a cabo un abordaje farmacológico inicial satisfactorio y un posterior plan terapéutico de mantenimiento y continuación adecuado, teniendo en cuenta la seguridad de la prescripción.
- Adquirir habilidad para mantener una comunicación y relación terapéutica con el paciente efectiva y respetuosa, así como poder establecer con la familia una relación adecuada aprendiendo a facilitar la información de forma correcta, sabiendo escuchar y atender sus quejas y necesidades.
- Adquisición de conocimientos en la organización y coordinación con los diferentes dispositivos asistenciales y los circuitos de derivación, empleando unos criterios apropiados para la continuidad de los cuidados en el medio comunitario, con una elaboración lógica de los proyectos de seguimiento, teniendo en cuenta la reinserción, rehabilitación, el bienestar del paciente y la reducción de reingresos.
- ➡ Poseer conocimientos y mostrar competencia en el abordaje de temas relacionados con aspectos éticos y legales del enfermo mental, conociendo la legislación sobre el consentimiento informado y la protección de datos, para así mantener y respetar la confidencialidad del paciente, así como sobre los aspectos

del internamiento voluntario y las medidas de contención física.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS (tabla 3)

De una forma más centrada en la actividad clínica diaria, deberían llevarse a cabo también una serie de objetivos específicos por parte del especialista en formación:

- ➡ Realizar la atención directa de pacientes ingresados que, dependiendo de las dimensiones y características de la unidad, será variable pero al menos deberían ser 150, debiendo estar incluidas las patologías más prevalentes (esquizofrenia, trastornos afectivos, TOC, trastornos exógenos...). El residente se encargará de la evaluación, el seguimiento, la hipótesis diagnóstica y la elaboración del plan terapéutico, siempre con la estrecha supervisión del facultativo responsable.
- Abordaje y tratamiento de pacientes con problemas relacionados con el consumo de alcohol y otros tóxicos (terapias de desintoxicación y deshabituación).
- Demostrar destreza en la elaboración de la historia clínica y en la realización de informes de alta.
- Conocimiento y aplicación, de forma apropiada, de los diferentes protocolos de actuación que pudieran existir en la unidad (agitación, riesgo suicida, riesgo de fuga...), velando por la seguridad del paciente y del personal sanitario.

Tabla 3. Objetivos específicos

OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Atención directa de pacientes ingresados.
Abordaje y tratamiento de pacientes con problemas relacionados con el consumo de alcohol y otros tóxicos.
Elaboración de la historia clínica y realización de informes de alta.
Conocimiento y aplicación de los protocolos de actuación de la unidad.
Utilización adecuada de los recursos disponibles.
Conocimiento de los diferentes tipos de entrevistas, escalas básicas, pruebas psicométricas y psicodiagnósticas.
Integración dinámica en el equipo asistencial.
Asistencia y participación activa en sesiones clínicas.

- Utilización de forma adecuada de los recursos disponibles en la unidad (petición de pruebas, exploraciones...).
- Conocimiento elemental de la utilización de entrevistas estructuradas, semiestructuradas, escalas básicas y pruebas psicométricas y psicodiagnósticas.
- Integración de forma dinámica en el equipo asistencial participando activamente en el trabajo, asistiendo y colaborando en las diferentes reuniones de equipo, mostrándose como un integrante activo del mismo.
- ➡ Asistencia regular a las sesiones clínicas, que serán con una frecuencia semanal y de una hora de duración, conduciendo de modo personal al menos cuatro de ellas.

4. URGENCIAS EN PSIQUIATRÍA

Las guardias en el servicio de urgencias de psiquiatría, aún siendo una actividad que se desarrolla a lo largo de todo el periodo formativo, están estrecha y muy íntimamente relacionadas con la unidad de agudos (tabla 4).

Tabla 4. Objetivos en Urgencias de Psiquiatría

OBJETIVOS EN URGENCIAS DE PSIQUIATRÍA
Manejar situaciones conflictivas.
Evaluación de la urgencia psiquiátrica.
Utilización de unos criterios de derivación adecuados.
Realización de entre 4 y 6 guardias al mes.

Los objetivos a cumplir, resumidos en la tabla 4, serán:

- Manejar con buen criterio y habilidad las situaciones conflictivas de heteroagresividad, riesgo suicida y auto-agresividad y crisis psico-social y familiar, velando por la seguridad del paciente.
- ➡ Evaluación de la urgencia psiquiátrica, identificando correctamente el origen de la misma, con argumentación coherente de los motivos de ingreso, si está indicado, elaborando diagnósticos y tratamientos básicos.
- Utilización de unos criterios de derivación adecuados, con elaboración de informes precisos,

usando de forma juiciosa y acertada los diferentes recursos comunitarios.

- ➡ Conocimiento básico, aunque preciso y riguroso, de las pautas a seguir, procedimientos y normas de actuación en relación con cuestiones de significación y trascendencia legal que se presentan, con cierta frecuencia, en el servicio de urgencias, como son los ingresos por orden judicial, con autorización judicial, ingresos involuntarios y todo lo relacionado con las medidas de contención, si éstas son necesarias.
- Como indica y señala el programa oficial de formación, es necesario que los médicos internos residentes realicen a lo largo de los 4 años de formación entre 4 y 6 guardias al mes. Dichas guardias se llevarán a cabo, al menos, a partir del 2º mes del primer año de residencia. Durante el primer año el residente tendrá un nivel de autonomía limitada, debiendo visitar a los pacientes acompañado del adjunto y mediante su supervisión directa. A partir del segundo año esta autonomía se irá ampliando, pudiendo visitar a los pacientes solo, pero siempre con una supervisión posterior.

5. CONCLUSIONES

De todo lo expuesto a lo largo del capítulo podemos concluir diciendo de la rotación por la unidad de agudos que:

- Constituye uno de los pilares más importantes en la formación del especialista en psiquiatría ya que, en general, se trata del primer contacto con el enfermo mental.
- Será, por tanto, un periodo de formación de ocho meses de duración en el que se aprenderá, siempre bajo supervisión del facultativo responsable, a reconocer síntomas que llevarán a la elaboración de un diagnóstico y el posterior inicio de un tratamiento ya sea farmacológico, biológico o psicoterapéutico mediante un abordaje multidisciplinar.
- Será fundamental conocer todos y cada uno de los recursos comunitarios, con la finalidad de ser capaces de decidir el más adecuado para cada paciente lo que, sin duda, ayudará a poder lograr una estabilización clínica más prolongada.



- Al finalizar la rotación el residente deberá haber adquirido las habilidades y competencias previamente mencionadas tanto en los objetivos generales como en los específicos para lograr la capacitación en el abordaje y manejo del paciente psiquiátrico.
- En las sucesivas rotaciones del programa formativo por las que vaya pasando el futuro especialista podrá aplicar todo lo aprendido en ésta, que servirá como una primera base de conocimientos para el resto de años de formación y de ejercicio profesional.
- Por tanto, y como ya se ha mencionado anteriormente, esta rotación es fundamental para lograr asentar los cimientos de todo lo aprendido, por lo que sería interesante que las unidades docentes realizaran una revisión anual a fin de mejorar aquellos aspectos que pudieran ayudar al residente a adquirir la pericia para el ejercicio de su profesión.

RECOMENDACIONES CLAVE

Supervisión permanente, real y mantenida, durante todo el periodo de rotación por la unidad de agudos y urgencias de psiquiatría.

La labor asistencial, aún siendo imprescindible para un correcto aprendizaje, no debería interferir el desarrollo progresivo del aprendizaje.

La formación teórica y las actividades científicas y de investigación deberían cubrir, al menos, el 20% de la actividad del residente durante este periodo formativo.

Se ha de promover y estimular la participación activa del residente a todos los niveles.

6. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Orden SCO/2616/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría. Boletín Oficial del Estado, nº 224, (16 de septiembre de 2008).

Yudkowsky R, Elliott R, Schwartz A. Two perspectives on the indicators of quality in psychiatry residencies: program directors' and residents'. *Acad Med.* 2002;77(1):57-64.

Brasch J, Glick RL, Cobb TG, Richmond J. Residency training in emergency psychiatry: a model curriculum developed by the education committee of the american association for emergency psychiatry. *Acad Psychiatry.* 2004;28(2):95-103.

Brasch JS, Ferencz JC. Training issues in emergency psychiatry. *Psychiatr Clin North Am.* 1999 Dec; 22(4):941-54.

Seva Díaz A. La calidad de la asistencia psiquiátrica y la acreditación de sus servicios. Zaragoza: Inresa; 1993.

7. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

McHugh PR, Slavney PR. Formación de los psiquiatras. En: Gelder MG, López Ibor Jr. JJ, Andreasen N. *Tratado de psiquiatría.* Barcelona: Ed. Ars Medica. 2003:53-61.

Thornicroft G, Tansella M. Los recursos clave: la formación y la moral de los profesionales. En: Thornicroft G, Tansella M. *La Matriz de la Salud Mental, Manual para la mejora de servicios.* Madrid: Ed. Triacastela. 2005:185-202.

Borus JF, Sledge WH. La formación en psiquiatría. En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. *Tratado de Psiquiatría.* Barcelona: Ed. Ancora S A. 1996:1529-50.

Arechederra J, Correas J, Navío M. Urgencias en psiquiatría. Aspectos éticolegales. En: Chinchilla Moreno A. *Manual de Urgencias Psiquiátricas.* 1ª ed. Barcelona: Ed. Masson. 2003:635-651.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15 de noviembre de 2002).





83. ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LA HISTORIA CLÍNICA EN LA UNIDAD DE AGUDOS



Autoras: Ariadna Martínez Fernández y Patricia Álvaro Serón
Tutora: Purificación Salgado Serrano
Institut Municipal Asistencia Sanitaria (IMAS). Barcelona

CONCEPTOS ESENCIALES

La entrevista psiquiátrica es el elemento diagnóstico y evaluador esencial e imprescindible en psiquiatría.

Los objetivos de la misma se podrían dividir en dos:

- Comunes con el resto de especialidades médicas: obtención de datos de filiación, antecedentes médicos y psiquiátricos personales, motivo de consulta y enfermedad actual.
- Propios en psiquiatría: antecedentes psiquiátricos familiares, psicobiografía, adaptación sociolaboral, estructura familiar y soporte social.

Hay varios elementos que debemos tener en cuenta para la realización de la entrevista en el paciente agudo hospitalizado:

- Marco de la entrevista.
- Duración.
- Actitud del paciente ante la visita.
- Actitud del entrevistador.
- Partes de la entrevista: inicio, desarrollo, despedida.
- Tipos de preguntas a realizar.
- Entrevista a familiares.

1. INTRODUCCIÓN

La entrevista psiquiátrica sigue siendo hoy en día el elemento principal e imprescindible para la realización del diagnóstico y la evaluación exacta del estado de la enfermedad psiquiátrica a la vez que impone las bases para una buena relación médico-paciente indispensable para la eficacia de la intervención terapéutica. No existe una fórmula precisa de entrevista pero si una técnica de entrevistar, que sujeta a los condicionantes que impone el paciente, el momento o el lugar, hay que intentar sistematizar.

La unidad de agudos, por sus características (gravedad de la psicopatología que se atiende, necesidad de inmediatez y rapidez de intervención, situación de crisis del paciente, carácter involuntario y oposiciónismo de un elevado porcentaje de pacientes) es una de esas situaciones especiales.

Son los datos de la entrevista, junto con aquellos datos aportados por informes previos, resultados de exploraciones complementarias etc., que puedan ser aportados los que permitirán elaborar el documento de historia clínica.



Podríamos decir que los objetivos principales de la entrevista son (tabla 1):

Tabla 1. Objetivos comunes con el resto de especialidades médicas

OBJETIVOS COMUNES CON EL RESTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Obtención de datos de filiación: edad, lugar de nacimiento, tiempo de residencia.

Antecedentes personales médicos, psiquiátricos y toxicológicos.

Motivo de la consulta/ingreso.

OBJETIVOS PROPIOS DE LA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA

Estructura y soporte familiar.

Psicobiografía.

Acontecimientos estresores actuales (desencadenantes).

Antecedentes familiares de tipo psiquiátrico.

1.1. OBJETIVOS COMUNES CON RESTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

- Obtención de datos de filiación: edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento. Por ejemplo, si se trata de un debut de una patología psiquiátrica, la edad nos orientará a acotar correctamente el diagnóstico (un primer brote psicótico en un paciente de 20 años, nos orientará hacia una posible esquizofrenia o trastorno de la esfera psicótica; un primer episodio psicótico en un paciente de más de 65 años nos obligará a descartar patología orgánica que justifique dicha sintomatología o el inicio de una demencia). El lugar de nacimiento/residencia nos indicará ciertos componentes y tradiciones sociales/culturales que puedan justificar algún tipo de creencias o actitudes del paciente sin que los mismos deban ser considerados patología (p.ej: creencias religiosas muy profundas en algunos países vs delirio místico-religioso).
- Motivo de consulta, enfermedad actual.
- Antecedentes personales médicos, haciendo especial hincapié en la presencia de síndrome metabólico (obesidad, dislipemia, hiperglicemia) que podría verse empeorado por la toma de

algunos psicofármacos, cardiopatía (especialmente trastornos del ritmo), epilepsia (algunos psicofármacos que pueden disminuir el umbral convulsivo).

- Antecedentes psiquiátricos personales.
- Antecedentes psiquiátricos familiares: las enfermedades psiquiátricas, sobretodo los trastornos mentales severos (TMS), tienen, como es sabido, un componente genético, que en combinación con componentes ambientales, determinarán el desarrollo de la patología por lo que tener antecedentes psiquiátricos familiares positivos para TMS nos orientará a la hora de establecer el diagnóstico en un primer brote.

1.2. PROPIOS EN PSIQUIATRÍA

- Psicobiografía: parto y primera infancia. Nivel de estudios. Existen ciertas situaciones que facilitan la aparición de trastornos psicopatológicos, por ejemplo, se objetiva mayor porcentaje de alexitimia (déficit en la identificación, comunicación, procesamiento cognitivo y elaboración de los afectos) en pacientes con antecedentes de maltrato en la niñez.
- Estructura familiar, soporte social: es importante en psiquiatría el conocimiento de entorno social del paciente, ya que será el mismo el que podrá asegurar una correcta contención en momentos de crisis o incluso asegurar la toma correcta del tratamiento, la vinculación a las visitas o informará de ciertas conductas o síntomas que el paciente podría minimizar u ocultar en la entrevista.
- Repercusión emocional de los acontecimientos sociobiográficos en el paciente, relaciones y adaptación psicosocial del mismo. Es importante preguntar y reflejar *life-events* recientes que puedan haber influido en el agravamiento y necesidad de ingreso.

1.3. DATOS QUE DEBE RECOGER LA HISTORIA CLÍNICA EN LA UNIDAD AGUDOS

Anamnesis:

- Motivo de consulta.
- Datos de filiación.

- Antecedentes familiares de interés psiquiátrico.
- Antecedentes personales, psicobiografía.
- Antecedentes somáticos personales (incluyendo enfermedades, alergias, intolerancia a fármacos, trastornos metabólicos).
- Antecedentes psiquiátricos personales.
- Enfermedad actual.

Exploración:

- Exploración física.
- Exploración psicopatológica.

Pruebas complementarias.

Orientación diagnóstica.

Orientación terapéutica.

Evolución y epicrisis.

2. ELEMENTOS DE LA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA. PECULIARIDADES DE LA HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS

2.1. MODO DE INGRESO

¿El paciente vino por iniciativa propia, remitido por su terapeuta, “engañado” por su familia u obligado por las fuerzas del orden y el juzgado? Este hecho suele tener que ver con la mayor o menor conciencia de trastorno del paciente y gran importancia a la hora de llevar a cabo la entrevista.

2.2. MARCO DE LA ENTREVISTA

El ambiente en el que se desarrollará la entrevista debe ser amplio, correctamente iluminado, silencioso, sin ruidos externos y, debe asegurar la privacidad.

Debemos controlar el riesgo de agitación/auto/heteroagresividad (contando siempre con consultas que dispongan de dos puertas, dejar fuera del alcance del paciente objetos móviles sugestivos a ser lanzados, las ventanas deberán estar cerradas o con rejas...).

En caso que el paciente se encuentre en estado de agitación que haga necesaria la contención o que exista cualquier otro motivo clínico que impida salir al paciente de la habitación, la entrevista se realizará en la misma, intentando respetar el espacio personal del paciente (tabla 2).

Tabla 2. Marco de la entrevista

El marco en el que se desarrolla la entrevista debe asegurar la privacidad, ser amplio y correctamente iluminado.

Debemos controlar el riesgo de auto/heteroagresividad mediante instalaciones preparadas: dos puertas, ventanas cerradas/con rejas, ausencia de objetos móviles sugestivos a ser lanzados.

Si el estado psicopatológico del paciente no permite salir al mismo de la habitación, la entrevista se realizará en la misma, respetando su espacio personal.

2.3. DURACIÓN

No existe un criterio exacto de cuánto se debe prolongar la entrevista. Deberemos adaptar la misma al estado psicopatológico del paciente. La duración debe ser suficiente para lograr los objetivos previamente referidos de la entrevista, aunque respetando la falta de ganas de colaborar del paciente, observando señales de nerviosismo, intranquilidad o pre-agitación y sabiendo cortar a tiempo. Es fundamental, a la vez que se escucha lo que el paciente relata, tener en cuenta su conducta, observando sus movimientos, vestido, gestos, expresión emocional y reacciones.

En casos especiales (p.ej. paciente contenido) la entrevista debe de ser breve, dar seguridad, tranquilidad a la vez que poner límites claros a la conducta del paciente y centrarse básicamente en la valoración de la necesidad o no de seguir manteniendo la situación de restricción de movimientos.

Es importante que tengamos en cuenta que, mientras el paciente se encuentra hospitalizado, rellenar la historia clínica no sería el objetivo más importante ante una primera visita dado que disponemos de días para rellenar la misma; por lo que en pacientes hospitalizados nos centraremos en:



- Observación de la conducta del paciente tanto en las visitas como su relación con el entorno. Nos permitirá hacer una evaluación psicopatológica adecuada así como nos orientará sobre las normas de vigilancia que debemos indicar para cada paciente (por ejemplo, en pacientes muy desorganizados tendremos que ampliar vigilancia a conductas imprevistas, o pacientes con riesgo autolítico no permitir tener objetos con los que pueda dañarse como por ejemplo MP3 u objetos con cables).

- Generar confianza y empatía. Tener en cuenta el carácter involuntario y la falta de *insight* de algunos pacientes por lo que, en primera visita, debemos siempre intentar explicar los motivos objetivos que han promovido el ingreso, así como, si el estado psicopatológico del paciente lo permite, hacer junto con él una primera evaluación diagnóstica, e incluso si el paciente lo reclama, introducir cual será el objetivo terapéutico a partir de aquel momento.

Entrevistas demasiado largas pueden hacer disminuir la atención e interés del paciente por la misma: entrevistas demasiado cortas podrían generar una falsa sensación de escaso interés hacia el mismo.

➡ Cuando un paciente se encuentra hospitalizado, lo más importante es la observación de su conducta tanto durante las entrevistas como con el entorno, así como generar una relación de confianza y empatía con él.

No es necesario recavar toda la información en una primera visita dado que disponemos de todo el ingreso para rellenar la historia clínica.

3. REACCIONES DEL PACIENTE A LA ENTREVISTA

Debemos tener en cuenta el carácter involuntario de muchos de los ingresos de agudos en psiquiatría así como la importante falta de *insight* de muchos de los pacientes (sobre todo en caso de pacientes delirantes, maníacos ó psicóticos). Lo más importante será la adopción de actitudes por parte del entrevistador que no revelen dudas sobre las facultades mentales del paciente, con el fin de generar un ambiente de confianza e intentar mejorar la actitud del paciente ante el personal sanitario.

3.1. ACTITUDES DEL PACIENTE (tabla 3)

- Confianza/cooperación: sería la actitud ideal, aunque debemos tener en cuenta que si existe docilidad o familiaridad exagerada pueden traducir: desinhibición conductual del hipomaníaco, trastorno orgánico cerebral, histrionicismo o neuroticismo.
- Oposición: negativa del paciente a la colaboración. Lo objetivaremos sobretodo en situaciones como:
 - Trastorno delirante/psicótico: objetivaremos muchas veces altas reticencias a hablar del delirio (por miedo o desconfianza), así como la tendencia a la ocultación y minimización de síntomas.
 - Trastorno maníaco: reacciones de oposición bruscas y coléricas (cambios bruscos de actitud, desde hiperfamiliaridad o colaboración a oposicionismo brusco).
 - Intoxicaciones/trastornos de personalidad: sobretodo en trastornos neuróticos, en que existe un oposicionismo victimista (en que los pacientes culpan a los demás de su estado, incluso al personal sanitario, considerando de ésta manera que todo lo que les pasa es cosa de los demás por lo que ellos no tienen porqué colaborar en nada. Dada que su situación es única y exclusivamente culpa de los demás, estos son quienes deberán esforzarse para solucionar el problema).
- Indiferencia: objetivable sobretodo en pacientes que no entienden el sentido de la exploración psicopatológica: síndromes confusionales, demencias, retraso mental. Pacientes apáticos: esquizofrenia simple, residual, hebefrénica.
- Cuando se trata de un paciente delirante, el tema del delirio no se debe abordar de entrada si el paciente lo evita, niega o minimiza. Es mejor mostrar una actitud de comprensión, transmitiendo que comprendemos que él cree realmente lo que explica.
- El caso de pacientes nada colaboradores, llegando incluso al extremo del paciente mutista, con los que no es posible la comunicación verbal, la única posibilidad es la observación muy detallada y mantenida, en colaboración con el personal de enfermería, de las actitudes y psi-

Tabla 3. Actitudes del paciente ante la entrevista

Confianza/ Cooperación	Situación ideal. Si excesiva: – Desinhibición/hiperfamiliaridad: hipomanía, trastornos orgánicos cerebrales. – Seducción: histrionismo, neuroticismo.
Oposición	– Intoxicaciones. – Ocultación activa, tendencia a la ocultación y/o minimización de síntomas: trastorno delirante/psicótico. – Reacción de oposición brusca: maníacos, pasan de la hipercolaboración a la oposición brusca. – Oposición victimista: trastornos de personalidad, sobretudo Cluster B.
Indiferencia	– Porque no entienden el sentido de la exploración psicopatológica: demencia, retraso mental, síndrome confusional. – Apatía general: esquizofrenia simple, residual, hebefrénica.

 Tabla 4. Pautas generales en relación a situaciones y pacientes habituales en las unidades de agudos

Pacientes delirantes.	No confrontar de inicio al contenido delirante. Actitud de comprensión.
Paciente no colaborador, mutista.	Observación de gestos, actitudes, respuesta emocional, psicomotricidad.
Paciente violento.	Tranquilidad, seguridad, brevedad
Paciente con riesgo suicida.	Abordar el tema de las ideas de muerte y /o suicidio en la entrevista.

comotricidad (posición que adopta, expresión facial, intentar provocar respuestas emocionales o motrices mediante preguntas relacionadas con su caso o incluso absurdas).

- Paciente violento: la entrevista debe de ser breve, dar seguridad, tranquilidad a la vez que poner límites claros a la conducta y centrarse básicamente en la valoración de la necesidad o no de seguir manteniendo la situación de restricción de movimientos y aislamiento, más que en ahondar en los síntomas o exploración psicopatológica detallada, a la que se procederá cuando ceda esta situación especial. Si el paciente sigue mostrándose violento y claramente psicótico es mejor proceder a administrar medicación sedante y esperar.
- Paciente suicida: en la entrevista se debe preguntar por la ideación autolítica en cualquier paciente deprimido, sujeto a elevado estrés o siempre que se sospeche o se desee descartar. Se debe empezar con cuestiones generales

sobre las ganas de vivir y acabar preguntando claramente sobre planes suicidas, teniendo en cuenta las amenazas, comentarios y gestos.

4. ENTREVISTA A FAMILIARES

En la unidad de agudos es imprescindible la entrevista a familiares, que permite recoger datos sobre antecedentes, entorno y apoyos con los que cuenta. El paciente en fase aguda puede, deliberadamente o no, ocultar información, distorsionarla, cambiar la cronología de los hechos, omitir sucesos importantes, mentir acerca de la toma de tratamiento, etc. y todas éstas informaciones deben contrastarse con la familia. En la hospitalización la entrevista con la familia del enfermo no sólo nos aporta información sobre los síntomas, conductas y evolución del paciente, sino que también nos permite valorar sus actitudes, apoyo o rechazo hacia el paciente, y obtener información relativa a factores desencadenantes de las crisis o mantenedores de la enfermedad.



5. ACTITUD DEL ENTREVISTADOR

Principales recomendaciones:

- Dar muestras de empatía, sensibilidad y respeto.
- Mirar directamente al paciente y evitar tomar excesivas notas.
- No emitir críticas ni juicios de valor moralizantes.
- Controlar respuestas de enfado ante comentarios críticos del paciente.
- Utilizar un lenguaje adecuado al nivel educativo del enfermo.
- Fijar límites con firmeza cuando sea preciso.
- No infravalorar los síntomas somáticos.
- Tolerar el silencio.
- Asegurar la confidencialidad.
- No mostrar pesimismo.

6. PARTES DE LA ENTREVISTA (tabla 5)

Tabla 5. Partes de la entrevista

Presentación.
Asegurar la confidencialidad.
Interesarse por los motivos del ingreso. Actitud de interés y acrítica.
Anamnesis.
Exploración psicopatológica.
Interesarse por el contexto social y entorno familiar del paciente.
Informar sobre la solicitud de exploraciones complementarias 8 test psicométricos, analíticas pruebas de imagen etc.).
Primera valoración para el paciente.

En la entrevista hay que empezar presentándose (nombre y especialidad médica), asegurarle al paciente la confidencialidad y seguidamente animarle a que exprese los motivos que han provocado el ingreso. Una vez se tiene una idea general del paciente y “su problema” se puede pasar ya a elaborar la historia clínica (si es un paciente no conocido previamente en la unidad) y realizar una exploración psicopatológica lo más completa posible. Es mejor realizar la exploración con preguntas concretas, en

una clara actitud de escucha e interés que fomente la confianza y sin verbalizar juicios, con actitud acrítica. Se preguntará por el contexto familiar y se valorará la necesidad de realizar exploraciones mediante tests psicométricos o pruebas de laboratorio, radiología etc. Finalmente hay que expresar una “opinión” acerca de la situación de ingreso del paciente y unas primeras indicaciones del plan terapéutico a seguir (si el paciente está mínimamente tranquilo y capaz de asumir esas indicaciones).

La atención debe estar focalizada sobre el paciente, observando gestos y actitudes, escuchando el contenido verbal de la exposición, el tono afectivo de la misma, los silencios, tratando de captar la personalidad del entrevistado y los síntomas y signos de valor semiológico. La tarea esencial es entonces, abstraer los signos y síntomas significativos del conjunto de lo expuesto y observado.

Al estar el paciente hospitalizado dispondremos de varias entrevistas sucesivas para conseguir este objetivo, por lo que lo más importante al inicio será crear un clima de confianza médico-paciente.

En el caso del paciente reingresador, que ya es conocido de la unidad, es innecesario y a veces contraproducente, el reinterrogar sobre todos aquellos datos que ya conocemos. Es importante transmitir al paciente que ya se conocen aspectos de su enfermedad y de su situación personal y la entrevista debe adecuarse a preguntar sobre posibles cambios en la misma.

6.1. PRINCIPIO DE LA ENTREVISTA

Se recomienda saludar al paciente estrechándole la mano. El médico debe presentarse con su nombre en un tono cortés.

En éste primer paso ya vamos a notar varios elementos semiológicos:

El dar la mano es un hecho muy significativo: la mano transpirada, de la ansiedad. La mano que sólo roza, para no contagiarse, de algunos obsesivos, etc.

La forma de mirar: la mirada baja del depresivo o tímido, la mirada ladeada del desconfiado. El rostro y su gesto: el gesto de autoridad del paranoide y de

los megalómanos. El gesto de abatimiento del depresivo. El indiferente, de algunos esquizofrénicos. El gesto de perplejidad de algunos confusos. El gesto sobreactuado del histérico. La vestimenta: la prolijidad y el detalle en algunos paranoides, el descuido en el depresivo grave, la ornamentación del delirante megalómano, y el descuido y la falta de aseo en algunos esquizofrénicos, el acento seductor de ciertas histéricas, etc. La marcha: el paso firme de los paranoides y megalómanos, el paso lento del melancólico, la marcha a pequeños pasos del parkinsoniano, y las propias de las alteraciones neurológicas.

Seguidamente se puede abordar el tema de las siguientes formas:

- Con una pregunta abierta: ¿En qué puedo ayudarle? Dará la impresión que el terapeuta se pone al servicio del paciente, en actitud de ayuda.
- Tomando los datos de identificación: puede distender un poco el clima y es útil para irse conociendo. No debería prolongarse más de 3 o 4 minutos, de lo contrario "enfria" la relación y es contraproducente si el paciente está muy ansioso.
- No utilizando una forma estandarizada sino improvisando en función del paciente. Esto dará más plasticidad a la entrevista, pero requiere de mayor experiencia por parte del terapeuta.

La elección de estas formas de comienzo dependerá entre otras cosas de la personalidad del terapeuta, de la del paciente y de la patología a tratar. No es conveniente usar el modo imperativo del tipo: "¡Hable!", "¡Comience!", etc., ya que el propósito es facilitar la comunicación en un clima ya entorpecido por la situación de ingreso y de la reagudización del trastorno psicopatológico de base.

6.2. DESARROLLO

En la unidad de agudos se recomienda una entrevista semiestructurada. Es mejor dirigir parcialmente, la en-

trevista. La entrevista no directiva aporta muchos datos de la personalidad del paciente pero menos de la situación de crisis actual y no se recomienda cuando no se busca un vínculo profesional estrecho y duradero con el paciente, sino la resolución de un cuadro clínico concreto que permita un alta de la hospitalización y un seguimiento ambulatorio. Es mejor una cierta estructuración de la entrevista, que ofrece mayor recopilación de datos psicopatológicos y la orientación hacia un diagnóstico síndromico, de mayor utilidad para tomar decisiones terapéuticas. El psiquiatra debe mantener siempre el control de la entrevista, sin hacer que el paciente lo viva como un interrogatorio. Dejar que se exprese libremente a veces y redirigir para que se centre en los objetivos de interés.

En algunos pacientes la forma de realizar la pregunta puede condicionar de alguna manera la respuesta. Cuando se detecta inhibición, temor, desconfianza o vergüenza del paciente puede ser apropiado interrogar de forma concreta para todos aquellos síntomas que queremos explorar, sin embargo, cuando se detecta cierta exageración, dramatismo o simulación por parte del paciente el interrogar de forma detallada puede provocar la respuesta afirmativa hacia todo tipo de síntomas, relevantes o no.

6.3. FINAL DE LA ENTREVISTA

Se deberá realizar una valoración y devolución al paciente que :

- Transmita al paciente que hemos comprendido los datos, los hechos, las preocupaciones y malestar que nos ha comunicado.
- Incluya una primera aproximación a como va a ser el tratamiento (medicación, posibilidad de salidas, visitas de familiares, cualquier tipo de ayuda o apoyo terapéutico) que va a recibir durante su permanencia en el hospital.
- Nos muestre abiertos a solucionar sus dudas.
- Suponga una despedida y previsión temporal para la próxima visita (tabla 6).



Tabla 6. Preguntas a realizarse tras la primera entrevista

Arnold Lázarus (Terapia Multimodal, Ed. Ippem, 1983) elaboró una serie de preguntas que debe realizarse el terapeuta al final de la primera entrevista:
1. ¿Hubo algún signo de “psicosis”: trastornos del pensamiento, delirios, incongruencia en las emociones, conductas groseramente extravagantes o inadecuadas?
2. ¿Cuáles fueron los problemas presentes y sus principales eventos precipitantes?
3. ¿Hubo evidencia de auto-recriminación, depresión, o de tendencia homicida o suicida?
4. ¿Cómo era la apariencia del paciente con respecto a las características físicas, arreglo, manera de hablar y actitud? ¿Hubo alguna actividad motora alterada: tics, amaneramiento, postura rígida, agitación?
5. ¿Qué antecedentes significativos aparecieron en la biografía del paciente?
6. ¿Quién o qué parece estar manteniendo las conductas inadaptadas del paciente?
7. ¿Cuáles son algunos de los “puntos fuertes “ y atributos positivos del paciente?
8. ¿Pude poner en práctica una relación mutuamente satisfactoria?

RECOMENDACIONES CLAVE

La unidad de agudos, se caracteriza por la gravedad de la psicopatología que se atiende, necesidad de inmediatez y rapidez de intervención, carácter involuntario y oposicionismo de un elevado porcentaje de pacientes, por lo que la entrevista psiquiátrica en la unidad de agudos debe adaptarse a cada caso y situación. La entrevista en el paciente descompensado siempre debe dar seguridad y tranquilidad.

El ambiente en el que se desarrollará la entrevista debe ser amplio, correctamente iluminado, silencioso, sin ruidos externos y, debe asegurar la privacidad.

Debemos controlar el riesgo de agitación/auto/heteroagresividad.

Deberemos adaptar la entrevista al estado psicopatológico del paciente. La duración debe ser suficiente para lograr los objetivos de la entrevista, aunque respetando la falta de ganas de colaborar del paciente. Es fundamental, a la vez que se escucha lo que el paciente relata, tener en cuenta su conducta, observando sus movimientos, vestido, gestos, expresión emocional y reacciones.

Mientras el paciente se encuentra hospitalizado, rellenar la historia clínica no sería el primer objetivo en una primera visita dado que disponemos de días para hacerlo.

El paciente en fase aguda puede, deliberadamente o no, ocultar información, distorsionarla, cambiar la cronología de los hechos, omitir sucesos importantes, mentir acerca de la toma de tratamiento, etc. y todas éstas informaciones deben contrastarse con la familia. En la hospitalización la entrevista con la familia del enfermo es fundamental. Si bien este funcionamiento queda claro para aquellos pacientes con alteración del juicio de realidad, para aquellos pacientes ingresados de forma voluntaria y en los que no se da esta circunstancia, debe solicitarse autorización para entrevistarse con familia o entorno y respetar la decisión del paciente.

7. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Vallejo Ruiloba J.

Manual de Psiquiatría Clínica. Kaplan & Sadock. 4ª ed.

Psychiatric Interview, History and Mental Status Examination, sección 71.

Marietán H. Psychiatric interview. Alcmeon. 1992;2(2):137-160.

Shea SC. La entrevista psiquiátrica: el arte de comprender. 2ª ed. Madrid: Ed. Elsevier. 2002:3-56.

Cervera Enguix S, Conde López V, Espino Granado A, Giner Ubago J, Leal Cercos C, Torres Gonzalez F. Manual del residente de Psiquiatría. Vol I. La exploración psiquiátrica. Madrid. 1997:261-285.

8. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Sood TR, Mcstay CM, Evaluation of the Psychiatric patient. Emergency Medical Clin North America. 2009; Nov, 27(4):669-683.

Lazarus AA. Brief but comprehensive psychotherapy: The multimodal way. Nueva York: Ed. Springer. 1997.

Castle M, Jare R. Acute Psychiatry. Ed. Churchill Livingstone. 2007.





84. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN HOSPITALARIA



Autores: Ewa Rybak Malgorzata y José Ramón Rodríguez Larios
Tutor: Tomás Martín Pinto
Complejo Hospitalario de Ávila. Ávila

CONCEPTOS ESENCIALES

Unidad de Agudos Psiquiátrica (UAP), también denominadas Unidades de Estancia Breve o Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, son dispositivos asistenciales de la red de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica que se encuentran ubicadas en los hospitales generales, siendo su principal función prestar atención y cuidados integrales a pacientes con riesgos graves debidos a crisis psiquiátricas agudas, y que requieren de intervención inmediata en régimen de internamiento por un tiempo breve (2-3 semanas de media).

Técnicas de intervención hospitalaria (TIH), son aquellos procedimientos psiquiátricos asistenciales prescritos o aplicados en la UAP por un especialista en psiquiatría con la doble finalidad de mejorar la salud de los pacientes ingresados en la UAP y de garantizar la seguridad de pacientes, usuarios y el personal a lo largo de todo el proceso de hospitalización.

1. INTRODUCCIÓN

La práctica clínica psiquiátrica incluye un conjunto de técnicas de intervención en continuo desarrollo que se vienen aplicando en los distintos ámbitos asistenciales que abarca la especialidad. Se denominan técnicas de intervención hospitalarias (TIH) a aquellas que se administran a pacientes ingresados en régimen total o parcial en la Unidad de Agudos Psiquiátrica (UAP).

Muchos de estos procedimientos no están exentos de riesgo por lo que generalmente se recomienda intentar obtener el consentimiento informado, además de seguir protocolos consensuados de actuación. En algunos casos habrá que recurrir a solicitar autorización de internamiento involuntario.

↑ No corresponde a este capítulo la descripción general del proceso de hospitalización en las UAP, pero el psiquiatra en formación debe tener presente

que antes de aplicar cualquier técnica debe familiarizarse con las características del dispositivo.

2. TIPOS DE TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN HOSPITALARIA

A lo largo de todo el proceso de hospitalización se aplicarán un serie de procedimientos y actuaciones que conforman entre si el soporte funcional general, o guía de funcionamiento de las UAP, que van a permitir desarrollar de forma organizada planes específicos o individualizados de intervención. Podemos clasificar la TIH de la siguiente manera (tabla 1).

Tabla 1. Clasificación de TIH psiquiátricas

- TIH de garantía de prevención/intervención en riesgos graves.
- TIH con finalidad diagnóstica.
- TIH con finalidad terapéutica.



3. TIH DE PREVENCIÓN/INTERVENCIÓN EN RIESGOS GRAVES

Este tipo de procedimientos pretende evitar o yugular rápidamente situaciones de riesgo grave que puedan producirse en la UAP.

Muchas de ellas suponen una merma de la libertad del paciente por lo que su utilización debe respetar en todo momento las coordenadas clínicas, éticas y jurídicas.

Los riesgos más comunes son los derivados del trastorno mental, como agresividad, autolesiones, crisis de agitación, comportamiento desorganizado, psicopático o temerario, conductas insanas como vómitos autoinducidos o ejercicio excesivo, intentos de fuga, tentativa de incendio, etc. Pero también deben prevenir o yugular los riesgos físicos graves debidos enfermedad física primaria o secundaria a las intervenciones hospitalarias. Las TIH de prevención e intervención en riesgos más comunes son las siguientes (tabla 2).

Tabla 2. TIH básicas de prevención/intervención en riesgos graves

- TIH de observación continuada.
- TIH de procedimientos restrictivos.
- TIH de garantía de nutrición y de administración de la medicación.
- TIH de prevención intervención en patologías somáticas graves.
- TIH de prevención e intervención en incendios.
- TIH de prevención de recaídas tempranas al alta.
- TIH de prevención de riesgos durante el traslado de pacientes.

3.1. TIH DE OBSERVACIÓN CONTINUADA

Sin duda la oportunidad que ofrece la UAP de observación directa durante las 24 horas de los pacientes es una de las mejores garantías de prevención de riesgos. Resulta recomendable establecer al menos tres niveles de intervención según la previsión de la probabilidad de riesgos graves (tabla 3).

3.2. TIH DE PROCEDIMIENTOS RESTRICTIVOS

Al margen de la necesaria reclusión en un recinto cerrado, las técnicas restrictivas más utilizadas en la UAP se refieren en la tabla 4.

Su aplicación involuntaria debe ir acompañada de información al paciente y a la familia, y puede ser necesaria su notificación al juzgado e incluso la solicitud de autorización de internamiento involuntario.

Tabla 4. Procedimientos restrictivos en la UAP

- Técnicas de contención (psicológica, física y química).
- Técnica de aislamiento.
- Restricción de salidas al exterior.
- Otras medidas restrictivas.

3.2.1. Técnicas de contención

En general se trata de un único procedimiento que se aplica en escalada, y que se activa ante cualquier conducta disruptiva de una persona que suponga una amenaza inminente y grave a la integridad psíquica o física de los pacientes, de otras personas o del inmueble. Se suele comenzar con contención psicológica y después química y/o física según los casos. Las indicaciones más frecuentes son crisis de agitación, otras conductas disruptivas y ansiedad intensa (tabla 5).

Tabla 3. TIH niveles de observación según la previsión de riesgos graves

Riesgo inminente improbable.	Riesgo potencial inminente.	Riesgo manifiesto.
Funcionamiento rutinario. Observación discreta. Anotaciones por turnos.	Funcionamiento de alerta. Observación directa al menos cada 15-20 minutos. Recursos disponibles y preparados para actuar.	Intervención en crisis. Observación constante. Aplicación inmediata de TIH para yugular la crisis.

Tabla 5. Procedimiento de contención en escalada

- Garantizar seguridad para el personal, pacientes y usuarios.
- La simple presencia de personal suficiente puede resultar tranquilizadora.
- Atención centrada en el paciente con trato respetuoso, empático y firme.
- Facilitar expresión verbal, pero limitar conductas de riesgo.
- Se prefieren las aclaraciones sencillas a las negativas rígidas.
- Si es posible dar alternativas razonables a sus peticiones.
- Ofrecer sedantes. Informar que son para ayudarlo a calmarse, no para dormirle.
- Elección del fármaco según antecedentes, psicopatología y condiciones físicas.
- Si se puede garantizar la medicación oral supervisada se preferirán preparados orales en solución, diluibles, dispersables y sublinguales.
- Si no es posible se utilizarán preparados parenterales (preferiblemente IM).
- Si hay resistencia activa o se presentan riesgos psicopatológicos graves se aplicarán técnicas de contención física.
- El paciente será rápidamente inmovilizado por 5 personas entrenadas (una por cada miembro y otra para la cabeza), siendo emplazado preferiblemente en una habitación aislada y tranquila, y sujetado a la cama de forma segura mediante material homologado (correa de extremidades, cintura, hombros).
- Administrar entre 1 y 4 dosis de sedantes separadas por 30-60 minutos.
- Volver a vía oral en cuanto sea posible.
- Supervisión estrecha para prevención de riesgos físicos.
- Información a familiares. Tramitación de partes. Registro de la intervención

3.2.2. Técnica de aislamiento

Aunque el emplazamiento del paciente en una unidad cerrada supone ya una limitación de su libertad, la técnica de aislamiento consiste en la reclusión voluntaria o forzosa del paciente en la propia habitación o en una "habitación de aislamiento" dotada de confort, de un grado mayor de seguridad, de la posibilidad de observación (idealmente dotada de videovigilancia) y de atención continua e inmediata. En general los pacientes sometidos a aislamiento precisan un nivel de observación intensiva por motivos psicopatológicos o físicos. Por otra parte las personas pueden presentar conductas autolesivas, tentativas suicidas y agresividad como consecuencia del aislamiento, por lo que se deben intensificar las medidas de prevención (visitas frecuentes, vigilancia continua, protocolos de contención, etc.).

↑ El paciente debe estar vigilado y permanecer aislado el menor tiempo posible.

3.2.3. Otras medidas restrictivas

Se puede aplicar restricción de contacto con el exterior, limitando las visitas de familiares o allega-

dos, o del bebé en caso de psicosis puerperal, o demorando las salidas externas del paciente (p. ej. para técnicas diagnósticas), restricción de llamadas telefónicas o correo, o se limita el acceso a determinadas zonas del dispositivo (p. ej. visitas al baño en pacientes con trastorno alimentario), prohibición de fumar, evitar que tenga acceso a cualquier objeto con el que presente tendencia a lesionarse o lesionar como mecheros, cadenas, cinturones, objetos incisos metálicos, etc.

3.3. TIH DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN RIESGOS SOMÁTICOS GRAVES

Los riesgos somáticos graves en la UAP no son distintos que en otras unidades, sin embargo se debe estar alerta sobre la aparición de riesgos relacionados con las técnicas diagnósticas y terapéuticas utilizadas con mayor frecuencia.

↑ Las TIH restrictivas físicas o químicas pueden complicarse con la aparición de lesiones traumáticas (corrección del ortostatismo y la sedación excesiva), tromboembolismo pulmonar (hidratar, rotar miembros en contención y valorar aplicación de 5.000 UI/día de heparina de BPM), parada



cardiorespiratoria (implantar protocolo de RCP), neumonía por aspiración (evitar sedación excesiva, colocación correcta de la SNG, etc.) o, incluso, ahorcamiento (precaución en la contención por cintura).

3.4. TÉCNICAS DE GARANTÍA DE NUTRICIÓN Y DE ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN

↑ La negativa a admitir agua, alimentos o medicación es una actitud frecuente en muchos pacientes ingresados en la UAP y, puede acompañarse de una oposición pasiva o activa que llegue a interferir notablemente el proceso asistencial o a suponer riesgos importantes para su salud. En las siguientes tablas se exponen las técnicas básicas de garantía de administración de medicación de nutrición (tabla 6).

3.5. TIH DE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE INCENDIOS

↑ Todas las UAP y sus contenidos materiales deben adecuarse a las normas de prevención de riesgos de incendios establecidas y el personal debe estar familiarizado con los procedimientos de actuación

y evacuación ante incendios, especialmente si está permitido fumar.

3.6. TIH DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS TEMPRANAS TRAS EL ALTA

➤ Evitar los reingresos es un objetivo de calidad asistencial que no es ajeno a las UAP, por lo que gran parte de sus actuaciones realizadas deben ir orientadas a lograr la una estabilización prolongada del trastorno (tabla 7).

3.7. TÉCNICA DE TRASLADO SEGURO DE PACIENTES

➤ El traslado de pacientes con trastorno mental es uno de los puntos frágiles de la asistencia sanitaria, ya que a los riesgos somáticos hay que añadir los psiquiátricos (p.ej. alarma social por fuga). Las precauciones básicas se exponen en la tabla 8.

4. TIH DIAGNÓSTICAS

Las técnicas de diagnóstico hospitalarias serán referidas en el capítulo correspondiente a la historia

Tabla 6. TIH ante la negativa/imposibilidad de alimentarse o a medicarse

- Detectar casos de riesgo mediante la HC, antecedentes, observación, etc.
- Trabajar si es posible la conciencia de enfermedad y la adherencia terapéutica.
- Informarle acerca de los riesgos / beneficios de no medicarse/alimentarse.
- Ofrecer o admitir alternativas razonables si el paciente puede decidir por sí mismo.
- En caso contrario debe aplicarse el tratamiento, recurriendo si es preciso a técnicas de contención física, valorando la necesidad de notificación al juzgado y de solicitar autorización para internamiento involuntario, si no se ha hecho.
- Si se puede garantizar la toma oral de medicación con estrecha supervisión recurrir a preparados en solución, diluibles, bucodispersables o sublinguales.
- Si se puede garantizar la ingesta de alimentos y líquidos bajo estrecha supervisión se realizará control ponderal y del balance metabólico e hídrico.
- Comprobar cavidad bucal tras la deglución o absorción de medicación.
- Evitar que vomite la medicación o la comida mediante observación (1 hora).
- Si no se puede garantizar la medicación recurrir a la administración parenteral (IM, IV o SC según los casos), recurriendo si es preciso a protocolos de contención. Algunos medicamentos se pueden administrar por SNG.
- Si no se puede garantizar la nutrición se utilizará sueroterapia o nutrición enteral o parenteral según los casos, recurriendo si es preciso a técnicas de contención.
- Estas vías de administración requieren una mayor supervisión por presentar más riesgos, por lo que debe regresarse a la administración oral en cuanto sea posible.

Tabla 7. Recomendaciones básicas de prevención de recaída temprana

- Identificar y corregir los factores precipitantes y predisponentes de la crisis.
- Lograr incrementar la conciencia de enfermedad.
- Lograr una mejor adherencia terapéutica.
- Seleccionar medicación y formas de administración que minimicen incumplimiento.
- Lograr que la familia supervise la administración de medicación al alta.
- Valorar la inclusión del paciente en programas de antipsicóticos de acción prolongada, eutimizantes o TEC de mantenimiento.
- Coordinación con los dispositivos de destino.
- Programas específicos para pacientes de alto riesgo de recaída temprana.

Tabla 8. Procedimiento de traslado seguro de pacientes

- Individualizar cada caso, determinando los siguientes recursos:
 - Tipo de vehículo (cama, camilla, tipo de ambulancia, etc.).
 - Recursos humanos (enfermería, médicos, técnicos de transporte sanitario, personal celador, personal de seguridad, fuerzas y cuerpos de seguridad, etc.).
 - Recursos materiales (para contención física, química, otros medicamentos, etc.).
- Contacto telefónico con dispositivo de destino con la finalidad de coordinarse.
- Informe clínico de traslado o documento exigido a tal fin, para la HC y para destino, así como para el paciente o representante legal si así lo solicitan.
- Información paciente y familiares.
- Notificar el traslado a la autoridad judicial cuando el caso lo requiera.
- Cumplimentar los partes y registros internos (hoja clínico estadística, etc.).
- Asegurarse de que el paciente llegó a su destino.

clínica psiquiátrica de la UAP, por lo que no vamos a mencionarla aquí, pero queremos resaltar aquí la capacidad de que dispone la hospitalización de realizar la observación continua de los pacientes en los diferentes turnos, así como la tarea de transmitir de forma oral y escrita las incidencias detectadas, como una herramienta diagnóstica eficaz y específica de este dispositivo.

5. TIH TERAPÉUTICAS

Se trata de procedimientos cuya utilidad primaria no es la prevención de los riesgos secundarios a la patología mental, sino el tratamiento de trastornos concretos con la finalidad de lograr su estabilización o remisión. Muchas de las técnicas terapéuticas que se aplican son similares a las que se utilizan en otros dispositivos y serán tratadas en los capítulos corres-

pondientes, por lo que aquí nos vamos a referir únicamente a algunos procedimientos cuya utilización es exclusiva o más común en el ámbito hospitalario.

5.1. TÉCNICAS TERAPÉUTICAS NO BIOLÓGICAS

Aunque la mayoría de los procedimientos terapéuticos aplicados en la UAP se basan en tratamientos biológicos debemos referirnos a algunas técnicas y factores con efecto beneficioso coadyuvante de los primeros (tabla 9).

5.2. TÉCNICAS TERAPÉUTICAS BIOLÓGICAS

Incluimos en este apartado aquellos procedimientos biológicos con finalidad terapéutica cuya aplicación es frecuente en las UAP y aquellas técnicas que presentan riesgos que hacen recomendable su aplicación en el hospital (tabla 10).



Tabla 9. Técnicas terapéuticas no biológicas

El ambiente terapéutico en la UAP	Las condiciones de seguridad y las rutinas saludables en el entorno contenedor de la UAP pueden contribuir a reorganizar el psiquismo confuso de los pacientes con trastornos mentales graves.
Actividades de la vida diaria	Algunas UAP cuentan con programas específicos de autocuidados, psicomotricidad y entrenamiento en otras actividades saludables, que contribuyen aun más a equilibrar el psiquismo del paciente.
Psicoterapia hospitalaria	La mayoría de pacientes presenta una crisis aguda y grave que reduce la posibilidad de aplicación de psicoterapia. Por ello las intervenciones han de ir dirigidas a que el paciente tome conciencia de su enfermedad y colabore. Algunos pacientes pueden beneficiarse de técnicas de relajación, cognitivas, conductuales o grupales adaptadas. También se realizan entrevistas familiares dirigidas a la resolución de conflictos relevantes para el trastorno. En algunas UAP se dispone de TIH de reestructuración cognitiva.
Privación de sueño	Se trata de un procedimiento rápido, inocuo y de bajo coste que se utiliza en la depresión. Consiste en la supresión total o parcial (primera o segunda mitad) del sueño nocturno. En la modalidad de “avance de fase” tras una privación total se adelanta el intervalo de horas de sueño progresivamente, comenzando por el intervalo de las 17 a las 24 horas para llegar al intervalo de las 23 a las 6 horas.

Tabla 10. Técnicas terapéuticas biológicas en UAP

- Administración parenteral de psicofármacos.
- Técnicas de optimización del tratamiento farmacológico.
- Terapia electroconvulsiva (TEC).

5.2.1. Administración parenteral de psicofármacos

La U.H.P. es un dispositivo preparado para garantizar al máximo la administración de la medicación, ya que puede recurrir a la administración regular por la vía parenteral aunque el paciente presente negativa a aceptar el tratamiento. La utilización de esta técnica está justificada en los casos graves en los que no es posible la administración oral, o se muestra ineficaz, cuando hay necesidad de lograr un efecto rápido o hay antecedentes de eficacia de la administración parenteral y el paciente la prefiere. En general las dosis necesarias son inferiores a las dosis orales.

Hay que supervisar de forma estrecha la aparición de efectos adversos de tipo cardiovascular y la depresión del centro respiratorio y no es infrecuente la producción de infección en las zonas de aplicación. Se recomienda volver a la vía oral en cuanto sea posible. En la siguiente tabla se exponen las vías aceptadas de administración parenteral de algunos psicofármacos y otros medicamentos de uso corriente en la UAP (tabla 11).

5.2.2. Técnicas de optimización del tratamiento

La UAP ofrece importantes ventajas en cuanto a la verificación diagnóstica y el cumplimiento terapéutico. Otras técnicas de uso corriente en este ámbito como la sustitución de psicofármacos, la potenciación y la combinación serán referidas en otros capítulos.

5.2.3. Terapia electroconvulsiva (TEC)

La TEC es una técnica de tratamiento médico que se aplica en el medio hospitalario que logra su efecto terapéutico a través de la producción controlada de crisis comiciales tónico-clónicas mediante la aplicación de estímulos eléctricos de determinadas características. Su indicación principal son los trastornos mentales graves en fase aguda, si bien esta técnica puede utilizarse también sin necesidad de internamiento en la UAP en pacientes estabilizados para prevenir recaídas tempranas o recurrencias (TEC de continuación y TEC de mantenimiento).

Tabla 11. Psicofármacos y otros fármacos parenterales

	IM	IV directa	Perfus. Intermit.	Perfus. Continua	SC
Haloperidol	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Clorpromazina		Sí	Sí	Sí	
Levomeprom	Sí				
Zuclopentix	Sí				
Olanzapina	Sí				
Risperidona	Sí				
Ziprasidona	Sí				
Aripiprazol	Sí				
Tiapride	Sí	Sí			
Diazepam	Sí	Sí		Sí	
Clorazepato	Sí	Sí	Sí	Sí	
Clonazepam	Sí	Sí			
Midazolam	Sí	Sí			
Flunitrazepam	Sí	Sí			
Clomipramina	Sí		Sí		
Trazodona	Sí		Sí	Sí	
Biperideno	Sí	Sí			
Flumazenilo		Sí	Sí	Sí	
Naloxona	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Desde su descubrimiento se ha demostrado eficacia y el procedimiento se ha depurado hasta lograr minimizar riesgos. En la actualidad es un recurso terapéutico insustituible.

Para la aplicación se requiere además de recursos materiales y organizativos, la participación de al menos un psiquiatra, un anestésista, personal de enfermería y personal celador. La mayoría de riesgos potenciales son derivados de la técnica de anestesia

por lo que debe realizarse en una sala que disponga de recursos de reanimación (sala de reanimación o quirófano).

En el capítulo 69 se hace referencia a sus características fundamentales, por lo que a continuación nos limitaremos a recordar aquellas tareas que se realizan dentro de la propia UAP, antes y después de que el paciente esté a la sala de reanimación u otros dispositivos del quirófano donde se proceda a la aplicación de la TEC (tablas 12 y 13).

Tabla 12. Técnica general de aplicación de la TEC (requerimientos previos)

- Indicación por parte del psiquiatra responsable del caso (ver indicaciones, tabla 2).
- Consentimiento informado del paciente o su representante legal.
- Pruebas complementarias básicas. Constantes, peso y talla, hemograma completo, bioquímica general, ECG, radiografía anteroposterior y lateral de tórax.
- En caso de patología esquelética o encefálica solicitar radiología de cráneo, de columna completa y TAC craneal. EEG si se sospecha epilepsia.
- Interconsulta a anestesia.
- Interconsulta a odontólogo en caso de presencia de piezas dentarias inestables.



Tabla 13. Técnica general de aplicación de la TEC (preparación del paciente en la UAP inmediatamente antes de la intervención)

- Ayuno y evitar mediación oral por lo menos 8 horas antes
- Contención psíquica del paciente.
- Revisar y limpiar cavidad bucal → limpieza intestinal (si necesario aplicación de enema) → limpieza de las zonas de aplicación (lavado de cabello), retirar las prótesis dentales, oculares, joyas y otros accesorios.
- Monitorización de constantes.
- Colocar vía venosa para perfusión puede reducir el tiempo de la intervención.
- Técnicas de prevención de riesgos durante el desplazamiento del paciente.

Tabla 14. Técnica general de aplicación de la TEC (cuidados post-TEC en UAP)

- Emplazamiento en UAP en habitación aislada con supervisión estrecha.
- Técnicas de prevención de riesgos. Contención psíquica del paciente.
- Permanecerá en ayunas hasta que recupere el reflejo deglutorio.
- Evaluación física y psiquiátrica.
- Supervisión estrecha, constantes cada media hora hasta estabilización.
- Prevenir y tratar posibles complicaciones post-TEC.

RECOMENDACIONES CLAVE

Antes de aplicar TIH es necesario conocer las características del dispositivo.

El proceso asistencial más característico de la UAP es el internamiento involuntario de pacientes con trastorno mental agudo grave.

La TIH diagnóstica más específica de la UAP probablemente es la observación continuada (24 horas al día) de pacientes con crisis aguda psiquiátrica.

Entre las técnicas terapéuticas en las que se recomienda la aplicación en la UAP sobresalen la administración parenteral de psicofármacos (especialmente IV o en perfusión), la privación de sueño y la TEC.

Antes de aplicar TIH diagnósticas o terapéuticas es necesario garantizar la seguridad del personal, de los usuarios, del propio paciente y del mobiliario.

Las técnicas de garantía de seguridad, al igual que otras TIH, deben ser aplicadas respetando en todo momento el marco clínico, ético y jurídico.

La aplicación de una TIH de contención física o química requiere de una supervisión estrecha para prevenir riesgos somáticos graves como parada cardiorrespiratoria, tromboembolismo pulmonar, neumonía por aspiración, ahorcamiento, lesiones, etc.





85. EL EQUIPO DE LA UNIDAD DE AGUDOS



Autoras: Nereida Martínez Pedrosa y Sara García Marín

Tutor: José Guerrero Velázquez

Residencia Sanitaria Ruiz de Alda (Virgen de las Nieves). Granada

CONCEPTOS ESENCIALES

Según el Artículo 20 de la Ley General de Sanidad, las Unidades de Agudos de psiquiatría son unos dispositivos de hospitalización corta para casos graves, muchos de ellos derivados desde los centros de salud mental o atención primaria y los servicios de urgencias del hospital.

Funciones: tareas de contención, diagnóstico, tratamiento (médico y psicológico) del paciente en crisis y coordinación para la continuidad del mismo de forma ambulatoria tras su mejoría clínica, además de participar en el diseño de programas de atención a pacientes con alto riesgo de hospitalización psiquiátrica en colaboración con las unidades de salud mental comunitaria y realizar programas de atención integral en régimen de “psiquiatría de enlace” de la morbilidad psíquica en pacientes con patología médica o quirúrgica.

↑ 1. INTRODUCCIÓN

Desde un punto de vista tradicional, la reforma psiquiátrica se ha considerado como un proceso de “desinstitucionalización”, con la profunda transformación de los viejos hospitales psiquiátricos y la implantación de servicios comunitarios de tipo residencial no hospitalario, ambulatorio y de atención intermedia (centros laborales, de apoyo y de potenciación de las habilidades del individuo). Con ello la psiquiatría pasa de su inicio como disciplina contenedora y custodial a tener un soporte multidisciplinar y un abordaje biopsicosocial de las personas con trastorno psicopatológico, incidiendo de manera directa y positiva en el medio en el que éstas se desenvuelven.

Según el Artículo 20 de la Ley General de Sanidad, las Unidades de Agudos de psiquiatría son unos dispositivos de hospitalización corta para casos graves, muchos de ellos derivados desde los centros de salud mental o atención primaria y los servicios de urgencias del hospital.

Funciones: tareas de contención, diagnóstico, tratamiento (médico y psicológico) del paciente en crisis y coordinación para la continuidad del mismo de forma ambulatoria tras su mejoría clínica, además de participar en el diseño de programas de atención a pacientes con alto riesgo de hospitalización psiquiátrica en colaboración con las unidades de salud mental comunitaria y realizar programas de atención integral en régimen de “psiquiatría de enlace” de la morbilidad psíquica en pacientes con patología médica o quirúrgica.

La patología tratada que imposibilita su tratamiento en el ámbito ambulatorio, se basa en dos premisas:

- El riesgo para su integridad física o la incapacidad para el autocuidado más básico con un bajo apoyo social y abuso de alcohol o psicofármacos.
- Heteroagresividad, desorganización y agitación psicomotriz.



Los cuadros clínicos englobados son múltiples, abarcando lo psicótico, neurótico, depresivo, trastorno de personalidad, dependencia a sustancias y cuadros de deterioro o demencias.

Figuras representativas en una Unidad de agudos son:

- Jefe de Sección o Coordinador de Unidad de Agudos.
- Psiquiatras.
- Psicólogos clínicos.
- Supervisora de enfermería.
- Enfermeros.
- Auxiliares de clínica.
- Trabajadora social.
- Terapeuta ocupacional.
- Administrativo.
- Residentes de psiquiatría.
- Residentes de psicología clínica.

A lo largo de este capítulo se irán desarrollando las diferentes actividades que desempeñarán cada uno de ellos y que permitirán que la actividad asistencial se realice de forma multidisciplinar con una mejor asistencia al paciente ingresado.

2. JEFE DE SECCIÓN O COORDINADOR DE UNIDAD DE AGUDOS

Encargado de la gestión de los recursos materiales, humanos y organizativos de ese servicio, dependiente de la división médica, en las diferentes etapas de planificación, organización, dirección y evaluación.

Entre otras funciones se encuentran las propias de la asistencia al paciente (en su calidad de facultativo) y las docentes (respecto a cualquier miembro del personal de la unidad, con especial incidencia en residentes en periodo formativo; sesiones, seminarios, supervisiones de casos...), además de las de gestión por objetivos; dentro de esta última diferenciamos entre etapa de planificación y organización y etapa de dirección y evaluación.

El eje motor de todo dispositivo sanitario son los recursos humanos. La motivación para profesiona-

les altamente cualificados es compleja; no obstante, debe obtenerse mediante la creación de un espacio para la comunicación que propicie la identificación de consensos, la descentralización de las decisiones, la formación, la participación, el trato personalizado y el reconocimiento de la aportación realizada por cada uno del servicio.

3. PSIQUIATRA

El papel del psiquiatra debe basarse en un modelo médico y a través de él afrontar los trastornos mentales de los pacientes, considerando tanto los factores biológicos como psicológicos.

Funciones:

- Aspectos de medicina general.
- Aspectos propiamente psiquiátricos.
- Urgencias de implicación médica en la planta.

3.1. ASPECTOS DE MEDICINA GENERAL

Se ocupa, como médico, de aquellos aspectos orgánicos que pudieran estar desencadenando o agravando el cuadro que motivó el ingreso, realizando una completa historia clínica médica, con exploración física (que incluya exploración neurológica) y pruebas complementarias que correspondan.

Será el encargado de administrar y regular el buen cumplimiento de la toma de la medicación de la patología concomitante.

Por último será el responsable de realizar las interconsultas oportunas a otras especialidades.

3.2. ASPECTOS PROPIAMENTE PSIQUIÁTRICOS

En cuanto a los aspectos psiquiátricos, es el responsable de realizar una entrevista psiquiátrica exhaustiva; una evaluación; un acercamiento diagnóstico y posteriormente dictaminar un diagnóstico provisional al alta y desarrollar un plan terapéutico. Dentro de este plan encontramos la distribución de psicofármacos; cuando sea posible a lo largo de la hospitalización, realizar psicoterapia como tratamiento coadyuvante al psicofarmacológico. A su vez será el encargado de facilitar información al alta, tanto a la familia como al dispositivo donde sea derivado.

3.3. URGENCIAS DE IMPLICACIÓN MÉDICA EN LA PLANTA

Las urgencias pueden ser de tipo médico, donde será el encargado de prestar la primera asistencia o relacionadas con aspectos psiquiátricos que pongan en peligro la vida del propio paciente o del personal sanitario, donde deberá tomar las medidas necesarias para evitar riesgos

Estas medidas pueden consistir en la administración de psicofármacos inyectables, con el fin de disminuir la ansiedad, agresividad o incluso sedar al paciente, ó si llega el momento autorizar la contención mecánica.

4. PSICOLOGÍA CLÍNICA

Se pretende que el paciente adquiera un autocontrol eficaz en el máximo de áreas posibles, asumiendo las limitaciones adyacentes a su psicopatología y otras variables.

Las tareas serán definidas por; el alcance de las técnicas de la psicología, las características del paciente, el objeto de la intervención, las técnicas accesibles al psicólogo, los objetivos del ingreso y los requerimientos de la unidad.

El objetivo del ingreso es la mínima intervención para la derivación a otras instancias para continuar el tratamiento; según la naturaleza del cuadro, puede haber una recepción nula o al contrario, siendo en éstos casos beneficiosa la ayuda psicológica.

Las tareas que realiza el psicólogo clínico en la unidad de agudos son de naturaleza:

- Tareas de tipo educativo: pretenden hacer partícipe al paciente de sus cuidados básicos para disminuir las recaídas, solicitud de ayuda temprana y mejoría de calidad de vida. Esta intervención se aplica también a la familia.
- Psicometría: que se utiliza como técnica suplementaria de indagación, centrándose en tres aspectos:
 - Los patrones de interacción con el medio, los hábitos emocionales y/o de pensamiento, por su característica de permanencia, pueden ser objeto de pruebas diagnósticas; MCMI-II de Millon, 16 PF, MIPS, pruebas proyectivas, etc.

- Inicialmente minusvalorada, la exploración de la inteligencia en agudos es necesaria por motivos diagnósticos y la toma de decisiones clínicas (habitualmente con tests como WAIS, TONI o RAVEN).
- Las tareas de la unidad de agudos trascienden la vertiente neuropsicológica, centrándose en el hallazgo y descripción de los déficits neuropsicológicos mediante baterías generales de *screening* o ciertas pruebas centradas en un problema determinado (BARCELONA, EVEN, CAMDEX/COG, MEC, STROOP, TRAIL MAKING, WISCONSIN, CARD, Test de Schulman, etc.).

La intervención clínica comprende varios aspectos; la ayuda a la contención, el manejo de los signos más incapacitantes, el acompañamiento, la evaluación clínica y de recursos, la definición del problema, la intervención para el cambio y la planificación del alta clínica.

5. SUPERVISOR DE ENFERMERÍA

- Gestiona los recursos humanos y físicos en bien del paciente de la unidad de agudos.
- Vela junto con los facultativos del protocolo de actuación individualizado que requiere las particularidades de cada paciente y su desarrollo.
- Participación activa como profesional cohesionador del equipo interdisciplinar.

6. ENFERMERÍA

El rol de enfermería es el cuidado integral del paciente:

- Es el nexo de unión entre el paciente y el resto del equipo, la familia y con los recursos externos asistenciales.
- Percibe las demandas explícitas e implícitas de los interesados, centrando la actuación en los aspectos humanos, emocionales y sociales de la asistencia.
- Pretende que el espacio nuevo se convierta en un medio confortable introduciendo la figura del “enfermero referente”.
- Transmite la información al equipo para integrarlos en el proceso asistencial global en el



que se desarrolla la atención al enfermo hospitalizado.

El equipo de enfermería referente (enfermeros y auxiliares de enfermería) es el responsable de la acción y planificación de los cuidados de enfermería de los pacientes a su cargo y teniendo en cuenta la observación y las informaciones recibidas, detecta problemas, marca objetivos, planifica acciones encaminadas a alcanzar dichos objetivos, evaluando los mismos. El eje central de su trabajo es la relación de ayuda, de doble dirección.

- El personal, aceptando al individuo en sus dimensiones físicas-emocionales.
- Es necesario saber mantener la distancia adecuada, donde se respete el espacio interpersonal.
- Conociendo qué aspectos de la atención al paciente y situaciones en mejor evitar. Mantener una actitud honesta y realista.

Las intervenciones de enfermería se pueden contemplar:

- Sobre el enfermo: procurarle soporte y acompañamiento teniendo en cuenta los diferentes aspectos de personalidad, emociones y conductuales. Favorecer el reinicio o cambio de hábitos, potenciando los recursos personales y la capacidad en las dificultades.
- Sobre la familia: facilitarle un espacio de acogida que resulte tranquilizador y que proporcione información del día a día del estado y la evolución del paciente.
- Sobre el equipo: pieza clave en el intercambio de información y de la observación realizada en diferentes ámbitos de intervención.

➔ 7. AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Se erige como un importante elemento contenedor del medio, con exposición a momentos de gran intensidad.

Las situaciones de riesgo como:

- Cuadros de agitación psicomotriz, donde debe informar al paciente de las medidas que se van

a tomar para evitar potenciales lesiones; retirada de objetos punzantes, cinturones, prótesis, gafas o cualquier elemento superfluo de la habitación; cooperación para la administración de medicación im. sedativa; aplicación de sujeción mecánica adecuada hasta sedación; restringir estímulos; recoger y llevar a custodia sus pertenencias personales, tranquilizar e informar a la familia; poner en conocimiento administrativo el ingreso; control visual del paciente durante la agitación y tras sedación, informando y registrando su evolución y la aparición de signos o síntomas potencialmente peligrosos.

- Cuadros delirantes: disponer de información de la naturaleza del delirio del paciente para evitar distorsiones; ubicar al enfermo en el contexto real que ocupa de forma adecuada; mostrarse "claro" ante el paciente de ideación paranoide, evitando interpretaciones; facilitar el contacto enfermo-familia; disponer un plan de actuación individualizado de actuación sobre cada paciente (en situaciones de riesgo) y aplicarlo de forma natural; apoyar el trabajo de terapeuta ocupacional; asegurar el cumplimiento de horarios y normas.
- Episodios depresivos (por el riesgo de suicidio, principalmente): mantener una actitud de escucha comunicativa; prevenir lesiones retirando/controlando elementos potencialmente peligrosos; facilitar el contacto con la familia; controlar la ingesta alimenticia y los hábitos higiénicos en la etapa de inhibición; potenciar los pequeños logros del paciente, mostrarle sus progresos.
- Episodios confusionales: en los casos graves, es necesario sujeción mecánica; en los leves, acompañar al paciente, evitar obstáculos; mantener las rutinas de la unidad, relojes y calendarios a la vista; control de constantes, ingesta (especialmente de líquidos), eliminación, cuidados de hábitos alimenticios e higiénicos; detectar cualquier síntoma añadido al cuadro (que pueda aumentar su letalidad).

➔ 8. TRABAJADOR SOCIAL

Importante para la reinserción social de los pacientes mentales, principalmente a aquellos con trastorno mental grave. Aparece la figura del trabajador social.

Dentro de las funciones generales que tiene en salud mental:

- Contribuir a la identificación de factores familiares y socioambientales relacionados con los problemas de salud, detectando específicamente necesidades sociales susceptibles de corrección.
- Establecer las relaciones interinstitucionales, especialmente con la red de servicios sanitarios que permitan una mayor eficacia del trabajo en equipo.
- Recabar y transmitir información sobre los distintos tipos de recursos comunitarios y sobre las condiciones que permitan su utilización óptima y su potenciación.
- Ayudar a los usuarios a desarrollar las capacidades que les permitan resolver sus problemas, sociales individuales y colectivos, promoviendo la autodeterminación, adaptación y desarrollo.
- Participar en las intervenciones del equipo, especialmente en los programas de orientación y apoyo familiar.

Como funciones específicas:

- Área Asistencial.
 - Participará en el proceso terapéutico, aportando la valoración y diagnóstico social y una propuesta de intervención al equipo.
 - Orientación social a las problemáticas que se le deriven.
 - Diagnóstico y orientación familiar.
 - Coterapeuta de grupos.
- Área de Promoción de la Salud.
 - Valoración de las demandas de promoción de salud de la comunidad, organizando la respuesta desde el equipo.
 - Propuesta y creación de programas de promoción de la salud, teniendo en cuenta la incidencia de problemáticas presentadas.
 - Coordinación interinstitucional para la creación de programas específicos de promoción de la salud y/o introducción de los aspectos de salud mental en los programas ya establecidos en atención primaria, servicios educativos y SS.SS. en general.

- Potenciación desde dispositivos no sanitarios del desarrollo de actividades que mejoren el nivel emocional de la población.

Se debe realizar una función de atención directa, es decir una atención prestada a individuos, familiar y grupos que presentan o están en riesgo de presentar problemas de índole social, en relación con un problema de salud.

9. TERAPEUTA OCUPACIONAL

Identifica el valor terapéutico de la ocupación, aplicándola y utilizándola como agente de salud.

Las funciones que realiza en la unidad de agudos son:

- Evaluación ocupacional del paciente, con detección de disfunciones ocupacionales existentes, así como prevención de otras posibles.
- Diseño y desarrollo de programas de terapia ocupacional, con selección y análisis de actividades individuales y grupales con fines terapéuticos.
- Velar por la seguridad del personal y los propios pacientes en el espacio terapéutico.
- Educar para la ocupación del ocio y tiempo libre.
- Mantener y/o mejorar el estado psicomotriz de los pacientes, evitando el sedentarismo y el deterioro físico.
- Mantener activas las funciones y prevenir el deterioro
- Enseñar y entrenar para el desarrollo de habilidades sociales que permitan al paciente una mejor adaptación al medio externo.
- Instaurar hábitos saludables (higiene, alimentación, ejercicio físico, ocio)
- Asesorar y orientar a la familia en todos aquellos aspectos que pueden mejorar y/o mantener el nivel de desempeño ocupacional.
- Organización, gestión y mantenimiento de los recursos materiales.
- Proporcionar pautas a seguir a los profesionales que participen en los programas de terapia ocupacional (monitores, auxiliares...)



- Participación en reuniones de equipo y coordinación con otros profesionales.
- Coordinación con los servicios de terapia ocupacional de los dispositivos de salud mental.

➔ 10. ADMINISTRATIVO

El personal administrativo de este dispositivo, además de las tareas habituales propias de su profesión: funciones estadísticas y base de datos; custodia y ordenación de las historias clínicas, copia de informes médicos, suministros, etc; incluye una estrecha relación con el órgano judicial local, siendo el responsable de todos los protocolos legales.

⬆ 11. RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA (MIR Y PIR)

11.1. MIR

El médico interno residente de la especialidad de psiquiatría tiene entre sus rotaciones por los distintos dispositivos, la de agudos como una de las principales, en las que debe iniciarse en el manejo de la psicofarmacología en situaciones agudas, aprender a manejar situaciones de heteroagresividad y/o agitación psicomotriz (incluyendo la contención

mecánica y la sedación farmacológica), manejarse en el uso de la terapia electroconvulsiva (indicaciones y aplicación), manejo de las urgencias psiquiátricas en el servicio de urgencias del hospital con realización de guardias en el mismo y realizar interconsultas en otros servicios que tengan relación con nuestra especialidad. Asimismo, deberá manejar patología orgánica concomitante en pacientes ingresados y solicitar adecuadamente pruebas complementarias para realizar estudios clínicos.

11.2. PIR

El psicólogo interno residente necesita 3 años de formación (se ha ampliado la misma a 4 años, conviviendo ambos planes en el momento actual) para convertirse en psicólogo clínico. Durante su estancia el agudos, se promueve igualmente la integración progresiva asistencial.

Las funciones de docencia, formación e investigación deben integrarse en la actividad ordinaria de los profesionales (especialmente en los residentes MIR y PIR). Se ejemplifica esta docencia a través de sesiones clínicas, cursos formativos, supervisión de casos, comunicaciones a congresos, revisiones bibliográficas, etc.

RECOMENDACIONES CLAVE

Conocimiento y uso adecuado de psicofármacos en situaciones agudas.

Manejo de situaciones de heteroagresividad (incluyendo contención mecánica).

Aprendizaje de la terapia electro-convulsiva.

Urgencias psiquiátricas.

Realización de interconsultas (Psiquiatría de enlace).

Estudios orgánicos de determinados pacientes (TAC, RMN, SPECT...).

12. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Díaz RJ, Hidalgo I. Guía de actuación en la Clínica Psiquiátrica. Madrid 1999.

World Health Organization; The world health report 2001: new understanding, new hope. Geneva, World Health Organization, 2001 .

Everly GS Jr. Thoughts on training guidelines in emergency mental health and crisis intervention. It J Emerge Ment Health. 2002;4(3):139-41 .

13. BIBLIOGRAFIA DE AMPLIACIÓN

Guimón J. Introduction aux thérapies de groupe. París: Ed. Masson. 2001 .

Varios. Protocolo de enfermería: Actuación del auxiliar de enfermería ante las urgencias psiquiátricas. 2008.

Moruno P, Romero DM. Terapia ocupacional en Salud Mental: la ocupación como entidad, agente y medio de tratamiento. Revista Gallega de terapia ocupacional TOG, 1. 2004.

Campuzano C, Gutiérrez A. Curso: El trabajador social en los dispositivos de Salud Mental del SSPA. 2009:26-27.

Valverde M. El trabajo del psicólogo en la Unidad de Agudos. Norte de Salud Mental. 2004;21:63-68.





86. LA GESTIÓN DEL AMBIENTE TERAPÉUTICO Y DEL ALTA HOSPITALARIA



Autores: José María Blanco Lobeiras y María Jesús Acuña Gallego

Tutor: José María Blanco Lobeiras

Complejo Hospitalario de Pontevedra

CONCEPTOS ESENCIALES

La hospitalización es un recurso terapéutico específico y temporal que pretende la estabilización global del paciente en el tiempo más corto posible.

La personalización de las intervenciones psicoterapéuticas y la supervisión continua de las dinámicas interrelaciones favorecen un ambiente terapéutico positivo.

La gestión del alta debe iniciarse ya en el momento del ingreso y para ser eficaz debe conseguirse la continuidad de cuidados.

1. INTRODUCCIÓN

La hospitalización de los pacientes psiquiátricos ha experimentado una considerable metamorfosis desde la mitad del siglo XX hasta la actualidad. Se han producido cambios espectaculares en la pauta de suministro de cuidados debido al descubrimiento de la medicación neuroléptica y al auge de la psiquiatría social y comunitaria, que ha conllevado a un movimiento de desinstitucionalización de numerosos enfermos mentales.

➡ Esto ha llevado parejo un progresivo incremento de las camas psiquiátricas de los hospitales generales y una disminución en el hospital psiquiátrico (Ley General de Sanidad, 14-abril-1986).

➡ En este nuevo modelo, de asistencia psiquiátrica, se produce un acortamiento de las estancias medias a nivel hospitalario, un mayor peso en las consultas y seguimientos en las Unidades de Salud Mental, un aumento importante de pacientes crónicos que ahora residen en la comunidad, en residencias, pisos protegidos o en la calle y ha contribuido a atenuar la estigmatización de los pacientes psiquiátricos, de los profesionales de la salud mental y al desarrollo de la

psiquiatría biológica y las neurociencias. No obstante este nuevo marco tiende a favorecer en exceso el enfoque biologicista en detrimento de un modelo de intervención relacional, y en muchos casos los profesionales que trabajan en estas unidades no son testigos de la evolución crónica de estos pacientes en el exterior (Guimón 2001).

➡ En definitiva las unidades de hospitalización han supuesto un innegable avance en la integración del enfermo mental en la comunidad, de la “normalidad” de su asistencia, aunque los avances en la asistencia psiquiátrica conseguidos durante muchos años se pueden quedar relegados, por criterios economicistas que no buscan la excelencia en los cuidados o la calidad total sino la calidad suficiente.

Los pacientes psiquiátricos son hospitalizados en unidades psiquiátricas ubicadas en hospitales generales donde se administran los tratamientos y “cuidados intensivos” en régimen de atención continuada de 24 horas diarias. Dichos cuidados son realizados por personal especializado vs equipo asistencial, y con un tiempo de estancia media breve, tanto para la población de pacientes agudos como los que presentan episodios recurrentes.



➡ El alto grado en la rotación de pacientes y la diversidad de patologías dificultan estructurar intervenciones psicoterapéuticas individuales y grupales, que muchas veces se limitan a preparar al paciente para un posterior seguimiento ambulatorio. Se busca ante todo un alivio sintomático-conductual que permita lo más rápidamente la vuelta a la comunidad, donde se intentará restablecer el máximo nivel de funcionalidad.

2. LA HOSPITALIZACIÓN COMO ELEMENTO TERAPÉUTICO

La unidad de agudos es un elemento técnico más dentro del conjunto de recursos terapéuticos en salud mental y su funcionalidad se configura sobre tres índices: necesidad, demanda y objetivos.

La necesidad, hace referencia a lo que la unidad debe admitir como ingreso, a los pacientes que tienen una crisis o están descompensados.

La demanda comprende lo que nos llega, siendo necesario en ocasiones un cierto filtro.

Los objetivos serían los presupuestos teórico-clínicos, que animan nuestra práctica diaria.

➡ 2.1. LA HOSPITALIZACIÓN

- No sólo debe ser una experiencia contenedora, debemos aspirar a que también, sea enriquecedora para el paciente, aspirando a reforzar las capacidades yoicas más sanas, no renunciando a ser en los casos más complejos “un algo más” que una experiencia de control y alivio de las manifestaciones sintomáticas.
- Debe, pues, suponer para el paciente una opción terapéutica imprescindible, específica y muy delimitada en el tiempo, pero más ventajosa, en ese momento concreto, que la ofertada en otro dispositivo de la red de servicios de salud mental.
- Pretende por una parte, prestar un entorno soportante y protector, en el que pueda ayudarse a reintegrar, con la mayor efectividad posible, evitando prolongar de manera activa un tratamiento innecesario en el hospital, e incluso evitar conductas de acomodo, de hospitalismo. Repetimos, el objetivo es la vuelta a su comu-

nidad de un paciente que llega desorganizado o descompensado. Un segundo enfoque sería producir un cambio global en los pacientes que están demasiado enfermos para ser tratados en régimen externo y lograr una recuperación funcional lo más armónica posible.

- En general, también está indicada en los pacientes más desajustados.

Como en otras situaciones asistenciales, durante la hospitalización, el paciente pasa a vivir en un hábitat nuevo al que tiene que adaptarse y establecer unas nuevas relaciones. Todo ello surge en una situación donde los mecanismos adaptativos están doblemente resquebrajados o fragilizados por la crisis vital que supone la enfermedad y la perturbación afectiva y emocional que el trastorno mental conlleva.

2.1.1. Indicaciones

➡ Clásicamente, en la mayoría de los servicios, se aceptan las siguientes indicaciones de la hospitalización psiquiátrica aguda:

- El paciente tiene una clínica que plantea una amenaza para sí mismo o los demás.
- La conducta es intolerable para el entorno o para la sociedad.
- Fracaso del tratamiento ambulatorio con la expectativa de que el internamiento corregirá el proceso.
- Una condición psiquiátrica cuyo tratamiento debe iniciarse en un marco interno.
- La separación del entorno es esencial para la corrección de la enfermedad.
- El ingreso está indicado para una evaluación diagnóstica que no es posible en régimen ambulatorio.
- Abstinencia a tóxicos.
- Enfermedad física complicada con síntomas psiquiátricos que hace imposible el tratamiento en una unidad médica.
- Otros que de manera excepcional sea necesario hospitalizar.

Es un reto y una exigencia dar un sentido terapéutico a cada ingreso, Todo paciente tiene un pasado

y un futuro y con él carga a la llegada y a la salida, y deberíamos ser concededores de esta carga para poder trabajar con las emociones de cada paciente, de como gestionar, pues, estas cargas.

2.1.2. Permanencia

Desde el primer momento del ingreso se debe estar preparando el alta, un plan de alta, del paciente a fin de que regrese en el menor tiempo posible al medio sociocomunitario de donde procede, siguiendo allí el plan terapéutico propuesto.

Las condiciones del ecosistema o hábitat global, de la unidad de hospitalización, deben ser terapéuticas en sí mismas y deben estimular los fenómenos que faciliten la comunicación empática, permitir al paciente expresar sus angustias y apuntalar las partes sanas del yo.

Se debe evitar, en la medida de lo posible, la expropiación que para el individuo lleva pareja la hospitalización y a través de las actividades grupales tratar de reconstruir la subjetividad y la identidad global. Es con la toma de opciones y elecciones como se contribuye al proceso de diferenciación como sujeto, parafraseando a Racamier: “podemos decir que una de las funciones humildes pero esenciales en todo tratamiento y acompañamiento de psicóticos consiste no sólo en revalorizar su vida psíquica, sino también en tratar de despertar en ellos los pequeños, los más pequeños placeres de la vida”.

El tiempo medio de permanencia en estas unidades no debería sobrepasar los 30 días.

Los objetivos a alcanzar durante el ingreso estarán centrados en lograr el alta del paciente tras haber mejorado las conductas patológicas que justificaron su ingreso, unido ello a un fortalecimiento de su personalidad y de los vínculos familiares o sociales previos.

Somos partidarios de favorecer las salidas del hospital y los permisos familiares en cuanto el estado del paciente lo permita, ya que ello alivia la ruptura con la realidad y no deja de ser un buen indicador evolutivo.

En todos los casos se tendrá confeccionado un programa terapéutico medicamentoso y psicosocial a continuar por el paciente tras su alta del hospital.

Animamos el favorecer el contacto del paciente con la familia, facilitándolo expresamente en algunos casos, por distintas particularidades como pueden ser los en los pacientes que necesiten contención mecánica, evitando desconfianzas en la familia y reasegurando al paciente, o en ancianos, o siempre que la patología lo señale como aportadora de beneficios.

Importante precisar las competencias y las necesidades de cada miembro del grupo, formado por pacientes y equipo terapéutico, y delimitar las finalidades para establecer los marcos o condiciones que permitan una actuación lo más adecuada posible para la salud de todos o conseguir una actitud coherente, comprensible y clara en el sentido de crecimiento del grupo tratante y no como actitud paternalista ni autoritaria sin una comprensión profunda del significado de los hechos.

El hábitat o ambiente terapéutico inicial también está como vemos, condicionado por el tipo de ingreso: voluntario vs involuntario, por la política de puertas abiertas, cerradas o “apertura controlada” y el funcionamiento más jerárquico o como una comunidad terapéutica.

3. EL ENTORNO ASISTENCIAL

3.1. LA ACOGIDA

En la unidad de hospitalización es el primer acto terapéutico realizado en la misma, si bien aquel tiene su inicio en el momento mismo que conocemos al paciente. Dicho acto va a estar influenciado de forma decisiva por el entorno asistencial en que se prestan los cuidados al enfermo mental ingresado. En este encuadre van a mezclarse los miembros del equipo asistencial y los pacientes.

Sería deseable que existiesen protocolos de acogida en cada lugar donde se realizan actos terapéuticos, pero esto no puede nunca limitarse a facilitar un mayor número de información, está muy bien aportar a las familias y paciente información por escrito del funcionamiento, normas y horarios pero sigue siendo imprescindible la explicación personal, medida y comprensible y tendremos que saber si ésta se ha entendido de la forma que deseamos.



En este primer movimiento de la acogida, no deberían faltar las presentaciones del personal, el acompañamiento a la habitación, presentación de compañeros, explicar las características físicas de la unidad y lo que cada paciente pueda necesitar para situaciones concretas. Aún en los ingresos en los que el paciente está más inabordable o necesita tratamiento “*a fortiori*” no sobran las palabras que transmitan mensajes de seguridad o de protección, modulándolas según cada situación.

➤ En la unidad deben darse actitudes tendentes a solventar cuestiones emergentes y también reforzar las disposiciones positivas, hacia una adecuada reinserción y refuerzo de los aspectos cognitivos y conductuales. Debe buscar la continuidad asistencial como proceso que implica un movimiento ordenado e ininterrumpido de pacientes entre los diversos elementos de un sistema de aporte de servicios. A pesar de las ventajas de estos programas que proporcionan tal continuidad, ello sigue siendo la excepción y no la regla, lo cual conlleva que dos terceras partes de los pacientes se pierdan tras el alta hospitalaria y sean reingresados frecuentemente en un proceso al que se denomina puerta giratoria.

Harris y Bergman (1988) describieron tres aspectos de la continuidad asistencial relevantes para estos pacientes de puerta giratoria: la continuidad terapéutica que alude al mantenimiento de estrategias terapéuticas específicas a lo largo del tiempo. La continuidad de la asistencia que alude al uso de la relación asistencial personal para proveer de apoyo continuado a los individuos vulnerables y la continuidad de los cuidadores que hace referencia a la relación específica entre el paciente y los que aportan el tratamiento, salvaguardando al paciente de los discusiones grupales que puedan surgir en el marco del tratamiento.

3.2. NIVELES DEL ENTORNO ASISTENCIAL

3.2.1. Cuidados al enfermo

La hospitalización sabemos ya, supone una ruptura en la biografía y el enfermo debe adaptarse a un espacio ajeno que considera hostil. Se debe fomentar el crear un ambiente de seguridad, sin que las restricciones interfieran en el establecimiento de una buena relación que debe comenzar en el momento del ingreso.

Es importante crear una relación de confianza, un ambiente terapéutico o situación que permita obtener un rendimiento óptimo de todas las intervenciones del sistema social o de interrelación que se establece y que ha de favorecer la hospitalidad y no el hospitalismo y que a la par respete la individualidad.

➤ Se debe premiar el establecimiento de una comunicación adecuada, para conseguirlo debemos ser capaces de situarnos en el lugar del otro, no debemos sobreimplicarnos para no quedar atrapados en la relación, hay que controlar la ansiedad y reforzar la realidad. En definitiva el equipo terapéutico debe ser conocedor siempre de lo que pasa entre él y el paciente.

3.2.2. Cuidados a la enfermedad

Con la finalidad de atender las necesidades que provocan los síntomas, además del tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico encaminados a mejorar la clínica de la enfermedad, también juega un rol importante la influencia terapéutica del entorno hospitalario el cual a su vez está condicionado por las actitudes y el estilo con que se dirige la institución. Su funcionamiento efectivo depende de la estabilidad de aquella y de la existencia de una filosofía asistencial clara.

3.2.3. Cuidados a la familia

Ésa puede aceptar la enfermedad o negarla. Es, durante el internamiento, el momento real y privilegiado de aceptación de la enfermedad, donde no sólo tiene que asumir el diagnóstico sino también las pautas del tratamiento.

Debe jugar un papel activo en la ayuda y cuando esta institución se siente frágil, insegura o desprotegida apoyarla activamente, ya que en ocasiones la crisis exhibida por el paciente conlleva o conducirá a crisis más o menos encubiertas, del sistema de relaciones o de los patrones comunicacionales familiares.

3.2.4. Cuidados al equipo asistencial

Que constituye en sí mismo un agente terapéutico básico y en cuya dinámica interna todos deben sentirse capaces de aportar sus opiniones. Debe existir una tarea continua de supervisión, del equipo asis-

tencial, con la finalidad de apuntalar la autoestima, la motivación y evitar el *burnout*. Superar fenómenos nocivos que lo contaminan, atrincheran y neutralizan la aparición de procesos institucionales y de los que se desprenden denominadores comunes como la sumisión, la simbiosis, la confusión, el canibalismo y la robotización.

Con la finalidad de mejorar-fomentar la comunicación entre los miembros del equipo asistencial se han de realizar reuniones diarias para establecer las diferentes pautas a seguir con el paciente, tanto desde el punto de vista asistencial, como rehabilitador/ocupación-ocio.

3.3. EL ENTORNO ASISTENCIAL

También está influenciado por las características arquitectónicas, de la unidad de hospitalización, que deben proporcionar un ambiente confortable, con unas medidas de seguridad adecuadas y con espacios suficientes para llevar a cabo sus funciones. Se trata de lograr un espacio ambiental donde se conjugue el confort con la estética y la funcionalidad. El mobiliario debe ser funcional, armónico, sin estridencias e integrado estéticamente en el espacio y con las medidas necesarias de seguridad, pero sin que éstas sean ostentosas ni con connotaciones externas que así lo expresen. No es cuestión baladí elegir y saber porque un mobiliario o un color puede ser más o nada adecuado. También ahí está el ambiente terapéutico.

En estas unidades hay una considerable rotación de pacientes, los cuales tienen una heterogeneidad en la psicopatología. Contando con esta rotación y esta multiplicidad debemos pensar cada decisión.

Los principios de funcionamiento iniciales, basados en la llamada comunidad terapéutica, se han ido perdiendo con el paso de los años, si bien la democracia y un enfoque de tratamiento flexible y humanitario se han instalado y son rasgos esenciales en la gestión ambiental y ello porque un entorno estructurado proporciona relaciones satisfactorias que gratifican las necesidades emocionales y fomentan la autoestima, disminuyendo así el conflicto psíquico y corrigiendo, como señalábamos, las funciones deterioradas del yo, para producir finalmente la reestructuración de la personalidad.

La realización de terapias grupales se ha mostrado también en la unidad de agudos, un espacio de contención y estructura, de acogida y acompañamiento durante el ingreso, permite la expresión personal de cada paciente a través de la palabra con sus pares, fomenta la parte sana y los recursos personales de cada paciente en el contexto de la convivencia, permite el abordaje de las dificultades en las relaciones entre pacientes y entre pacientes y personal, ayuda a los pacientes a entender su situación actual.

4. AMBIENTE TERAPÉUTICO vs TERAPIA POR EL AMBIENTE

La terapia por el ambiente, *milieu* o ambiente terapéutico vendría a ser un lugar de unión de una serie de términos o conceptos que han ido evolucionando y que bebe de diferentes fuentes: psicoanálisis, terapia cognitivo-conductual, terapia ocupacional, terapia intergrupual e intervención en crisis y cuando lo circunscribimos a la unidad de agudos podría definirse como el lugar en el que la locura pudiera expresarse, incluso a través de las actuaciones de los pacientes.

Su correlato teórico estaría sustanciado en que los síntomas que el paciente trae a la Unidad podrían ser la expresión de un conflicto personal, familiar y social; que esa expresión es su manera de hablar de los conflictos y que es a través de esos síntomas como el paciente intenta reconstruir lo que no ha podido hacer solo por intermedio de la palabra, que comparte con sus otros más cercanos.

La ecología, la antropología, la filosofía y la etología nos han mostrado, como la conducta del ser humano y su adaptación al medio están condicionadas por influencias del medio ambiente o entorno ambiental. A modo de ejemplo podemos mencionar el hospitalismo de las instituciones asilares o manicomiales que es un trastorno específico que impide la externalización del paciente. Su correlato actual serían los pacientes que reingresan o entran en "puerta giratoria". Se deben evitar posos manicomiales en la unidad de agudos, fáciles de colarse, si no se mantiene esa tensión necesaria para cuestionar, exponer y exponerse en el trabajo con la singularidad de cada paciente y las reflexiones de nuestras respuestas.

En la unidad de hospitalización, como institución terapéutica, trabajan especialistas con diferente for-



mación con la finalidad de lograr un objetivo común: la curación o restitución del paciente al máximo nivel funcional utilizando para conseguirlo diversos programas terapéuticos. Además ahí viven, de manera transitoria, los pacientes hospitalizados, quienes, experimentan dos tipos de crisis: la que les ha llevado al ingreso o crisis personal y la crisis más general de ser hospitalizado que supone una restricción de su libertad personal y una separación temporal del grupo donde vive y con el cual establece relaciones sociales.

En este contexto pueden percibir el tratamiento como presiones para abandonar sus defensas y amenazas a su autocontrol, por lo que pueden desconfiar del personal y manifestar ambivalencia sobre la necesidad de estar ingresados, a la vez que dudan de que la hospitalización les pueda ayudar. Es difícil concebir un buen ambiente terapéutico sin que paralelamente exista un trabajo de análisis continuo o periódico de las ansiedades, conflictos y defensas que se ponen en juego en el trabajo. El ambiente terapéutico debería personalizarse en la medida de lo posible y cualquier conflicto o problema que surja debe ser afrontado con un diálogo abierto y claro.

Entre los objetivos del medio terapéutico, que se dirigen a desarrollar proyectos diferenciados para cada enfermo y lograr a superar la crisis que motiva la hospitalización podemos apuntar:

La máxima apertura de la posibilidad de comunicación.

Lograr un clima de aceptación y comprensión hacia la enfermedad mental, sin renunciar a sus especificidades, cuyo estigma ha disminuido pero persiste todavía. Estimular el máximo desarrollo de las capacidades personales de cada enfermo. En la consecución de ese ambiente o clima terapéutico positivo, en sentido amplio, es importante implicar a la totalidad de miembros, tanto los que componen el equipo terapéutico como los pacientes. Su creación sólo es factible mediante una filosofía asistencial donde todos los profesionales participen activamente sin exclusiones, se debe realizar una escucha activa y el funcionamiento interno permita el desarrollo de un clima relacional-emocional adecuado, tenga una operatividad funcional idónea y debe realizarse un análisis reglado-supervisado de manera continúa.

La falta de impulso, la apatía, el aislamiento son algunas actitudes que lo resquebrajan.

El potencial terapéutico del equipo asistencial es inmenso y continuamente debe aclarar sus objetivos y sus procedimientos. También sabemos que es la propuesta más costosa y a veces un buen agrupamiento es mejor que un mal equipo. Las cuestiones básicas para lograr un clima terapéutico son: lograr un equilibrio entre tiempo de ocio, trabajo y reposo, maximizar el funcionamiento independiente y tener en cuenta que ayudar al paciente es más que diagnosticarlo y tratarlo.

En el tiempo libre el paciente debe tener actividades, ya que el tiempo de ingreso se ve disminuido si el paciente lo afronta con un estado de ánimo positivo. Dichas actividades de ocio fomentan la motivación y la satisfacción personal durante la hospitalización actuando sobre el estado de salud física, autoconcepto, estado mental y ánimo.

El ingreso supone una ruptura con lo cotidiano y los enfermos suelen adoptar actitudes negativas (sentimientos de culpa, incapacidad y aislamiento) que si no se neutralizan aumentan los periodos de ingreso y dificultan la reinserción al alta.

El objetivo terapéutico general debe evitar en lo posible los deterioros provocados por la inactividad y para ello se utilizan programas que se adapten a las necesidades cognitivas, motrices, utilitarias, de ocio, creativas y situacionales de los pacientes en cada momento,

También se realizan actividades recreativas dirigidas a facilitar la interacción entre los pacientes y los miembros del equipo asistencial.

Hay que poner énfasis en el tratamiento integral de las personas con trastornos psiquiátricos y para ello se deben usar métodos de adiestramiento en habilidades derivados de los principios del aprendizaje social. Estas técnicas de intervención/interacción dotan a los individuos de destrezas que les protegen ante exacerbaciones sintomáticas y les permiten expresar y comunicar a los demás de modo adecuado, los afectos, deseos, opiniones y expectativas.

5. GESTIÓN DEL ALTA

Uno de los objetivos, o realidades que en la pura práctica se imponen, es y lo tenemos que reiterar: conseguir en las unidades de hospitalización estancias breves y ello precisa de una adecuada planificación del alta y manejar de forma idónea todos los recursos terapéuticos disponibles. En este sentido tan importante como los cuidados hospitalarios, realizados durante el ingreso, es realizar una gestión correcta del seguimiento post-alta, elaborar un plan de alta que nos permita lograr la continuidad de cuidados en la comunidad donde vive el paciente, minimizar la pérdida de pacientes, facilitar la comunicación interequipos y clarificar los objetivos.

Es crucial que las personas con enfermedades mentales severas puedan recibir servicios durante períodos de tiempo prolongados y preferentemente por los mismos equipos de atención extrahospitalaria, ya que la existencia de un vínculo terapéutico estable y adecuado redundaría en un mejor cumplimiento del tratamiento, lo cual disminuye el deterioro global, mejora la autonomía del paciente y facilita la adherencia al tratamiento.

El trasvase de pacientes desde las unidades de hospitalización de agudos a la comunidad debe asegurar la continuidad asistencial en el entorno socio-familiar. Para conseguirlo es necesario trabajar de manera coordinada entre los diferentes niveles asistenciales. El mayor riesgo aparece en una falta de coordinación suficiente con los otros dispositivos y equipos asistenciales.

Otra de las dificultades esenciales para la no consecución de este objetivo se debe a las propias características de la enfermedad mental: nula conciencia mórbida, las dudas del paciente y la familia respecto a la eficacia y/o necesidad de un tratamiento o, a menudo, el cansancio de la propia familia junto a la no siempre adecuada respuesta y coordinación entre los servicios son elementos que facilitan el abandono.

5.1. PACIENTES DÍFÍCILES/RESPUESTAS DÍFÍCILES

Hay diferentes autores, Bachrach, Wing, Leff, que defienden la necesidad de mantener los hospitales psiquiátricos junto a estructuras comunitarias para atender a un reducido grupo de pacientes con trastornos mentales muy graves. Estos pacientes deno-

minados en la literatura anglosajona como “díficiles de ubicar”, parecen necesitar un tipo de institución que reúna algunas de las características positivas de las estructuras hospitalarias (intervenciones terapéuticas intensas, elevada dotación de personal y alta cualificación del mismo e intervenciones individualizadas) y las ventajas de los alojamientos comunitarios (dimensiones reducidas, entorno doméstico y acceso fácil a los servicios del núcleo urbano). En el ámbito anglosajón a este tipo de establecimientos se les denomina “residencia-hospital”... La resistencia a los males manicomiales en este tipo de dispositivos requieren también de equipos experimentados y de definiciones y objetivos expresamente claros.

La continuidad de cuidados o los llamados programas de continuidad de cuidados aparecen y se manifiestan como instrumentos necesarios para evitar las pérdidas en el seguimiento y promover una relación médico-paciente efectiva. Esta continuidad de la asistencia es un proceso que implica un movimiento ordenado e ininterrumpido de pacientes entre los diversos eslabones de un sistema de aporte de servicios.

La atención continuada está relacionada con una concepción evolutiva del paciente, que precisa respuestas diferenciadas en los diversos momentos de su proceso y también se asocia con la interdisciplinariedad, ya que es imposible la satisfacción de esas necesidades cambiantes sin la concurrencia de disciplinas y estructuras diversificadas.

Tiene sus raíces en la atención comunitaria que ofrece no sólo una mayor disponibilidad para la atención al usuario, sino nuevos esquemas para la explicación y comprensión del sentido del fenómeno psicopatológico y del sufrimiento psíquico general. Es necesaria para no excluir y desplazar los conflictos y para no reproducir de forma especular los mismos problemas que caracterizan la estructura psicótica: la exclusión y la no asunción de la conflictividad.

Es preciso evitar una atención escindida, en la que cada especialista o dispositivo sólo se responsabiliza impersonalmente de una fracción del tratamiento.

Con la finalidad de prestar una atención continuada eficaz son asimismo necesarios los dispositivos intermedios, porque existen personas que en un



determinado momento no necesitan de la hospitalización completa, pero sí necesitan de un apoyo que desarrolle su autonomía para poder vivir en la comunidad

Vicens Pons y col. apuntan que:

- El porcentaje de enfermos desvinculados tras el alta hospitalaria es considerable.
- No encuentran relación entre los factores sociodemográficos y la continuidad, si bien destacan el diagnóstico como variable más relevante, siendo los trastornos de personalidad y los adaptativos los de peor seguimiento y suelen utilizar la hospitalización con más frecuencia en el momento de crisis.
- Para minimizar el abandono se deben desarrollar programas de seguimiento que faciliten la vinculación inmediata a la unidad de salud mental. Ello se logra con visitas pre-alta y preferentes con cortos tiempos de espera.
- El porcentaje de abandonos a los 6 meses hacen pensar en la necesidad de detectarlos y diseñar programas que faciliten el seguimiento de los pacientes más graves.

Aunque la mayor parte de los pacientes tras el alta se derivan a las unidades de salud mental, algunos pueden derivarse a otros dispositivos asistenciales intermedios como son los hospitales de día o de larga estancia como las unidades de rehabilitación. De manera infrecuente, algún paciente muy específico podría acudir a su médico de atención primaria directamente.

Todos estos dispositivos asumen funciones de cuidadores de primera línea tanto ayudando a pacientes como a familiares, quienes demandan cada vez más, servicios que los reconozcan y respondan de modo adecuado a sus necesidades.

➡ Los programas de psicoeducación con la familia permiten una adecuada elaboración de la expresividad emocional y también ayudan al manejo-soporte del paciente. Es importante identificar aspectos que contribuyan a mejorar la atención a esta población, disminuyendo el estrés, la expresividad emocional y la sobrecarga de los familiares, y aumentando la colaboración en objetivos terapéuticos. Se deben

desarrollar una diversidad de intervenciones farmacológicas y psicosociales que cubran las complejas e importantes necesidades originadas por los trastornos mentales severos.

↑ El fomentar el vínculo terapéutico, la accesibilidad, la acogida, el conocimiento de asociaciones de familiares, los tratamientos reglados, el trabajo de coordinación, la supervisión del equipo asistencial son parámetros en continua revisión-desarrollo y a la vez son criterios de calidad terapéutica.

6. POBLACIONES ESPECIALES

6.1. LOS NIÑOS

El ingreso puede ocasionar reacciones inmediatas que tienen lugar en el momento de la separación parental o bien reacciones que aparecen después de la hospitalización, actitudes de castigo, regresión o rechazo: perturbaciones del sueño, alteraciones alimentarias, regresión esfinteriana, estados depresivos o alteraciones en el comportamiento. La presencia, duración e intensidad de estas reacciones dependen de: grado de información del niño sobre la hospitalización y la actitud del personal hospitalario, de la edad, duración de la hospitalización y de la personalidad. Se puede dulcificar el ambiente terapéutico mediante la liberalización de las visitas, su duración y frecuencia, establecidas en función de la personalidad del niño y la actitud de la madre, disminuyendo el aspecto angustiante de la hospitalización y convirtiendo la separación en menos traumatizante. Aunque el ingreso significa separación para la mayoría de los niños, para otros supone la creación de nuevos mundos de relación, revistiendo un efecto positivo para los contactos sociales y culturales.

6.2. LOS ANCIANOS

Cuando necesitan ser ingresados por presentar patología psiquiátrica se hospitalizan en las unidades de agudos del hospital general. Debido a los déficits globales, tanto físicos como psíquicos, en el ambiente terapéutico debe contemplarse la existencia de baños asistidos, elementos decorativo-funcionales que favorezcan la orientación, espacios amplios y mobiliarios adecuados que minimicen entre otros el riesgo de caídas.

6.3. LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA SOMÁTICA GRAVE

A ser posible deben ser tratados en las unidades médico-quirúrgicas correspondientes y el apoyo-

seguimiento deberá ser prestado en régimen de interconsulta, ya que el hábitat y el equipo asistencial de las unidades de agudos de psiquiatría no suelen estar preparadas para las múltiples necesidades que dicho paciente plantea.

RECOMENDACIONES CLAVE

Las intervenciones psicoterapéuticas individuales y grupales pertinentes contribuyen a lograr un ambiente terapéutico adecuado.

La comunicación debe: facilitar la circulación de la información, detectar posibles disfuncionalidades e iniciarse en el momento de la acogida del paciente.

La continuidad asistencial se apuntala con una coordinación eficaz interequipos.

7. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Katz SE. Hospitalización y terapéutica ambiental. Capítulo 32. Tomo II del Tratado de Psiquiatría de Kaplan y Sadock. Barcelona: Ed. Salvat Editores SA. 1980;1570-1585.

Gómez Calle A. Unidades de salud mental en el hospital general: SISO/SAUDE. Boletín de la Asociación Gallega de Salud Mental. 1991 .

Guimón J. La necesidad de nuevas soluciones arquitectónicas para la futura asistencia psiquiátrica. Avances en Salud Mental Relacional. 2006; 3(1):1-10.

Utrillo Robles M. ¿Son posibles las terapias institucionales? Estudio situacional. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva, S.L. 1998.

Ayuso JL. Clave A. La psiquiatría en el Hospital General. Madrid: Ed. Paz Montalvo. 1976.

8. BIBLIOGRAFIA DE AMPLIACIÓN

Melendo Granados JJ, González Suarez. La unidad de agudos como elemento terapéutico. Revista de la AEN. 1987;7(21):187-202.

Barton. La neurosis institucional. Madrid: Ed. Paz Montalvo. 1974.

Desviat M. De la asistencia médica a la Salud Pública. Por una atención comunitaria. Revista de la AEN. 1985;5(15).

Pons VE, López Petit A, Andreu T, Thomas N. La vinculación post-alta hospitalaria a un centro de salud mental. Anales de psiquiatría. 1998;14(8):347-350.

García González J. Estructuras intermedias y atención continuada. Psiquiatría Pública. 1991;3(2):71-79.





87. AGITACIÓN PSICOMOTRIZ: PAUTAS DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y MEDIDAS DE CONTENCIÓN. ASPECTOS ÉTICO-LEGALES



Autores: Ana Franco Barrionuevo, Christopher Meléndez García y Carmen Parres Rodríguez

Tutor: Fermín Mayoral Cleries

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

CONCEPTOS ESENCIALES

Agitación psicomotriz: Evaluación y diagnóstico.

Pautas de abordaje y tratamiento.

Situaciones especiales.

Medidas de contención: Indicaciones y procedimiento.

Aspectos ético legales.

1. DISPOSICIONES LEGALES, REGULADORAS, DEFINICIÓN Y CONSIDERACIONES GENERALES

La agitación psicomotriz es una urgencia hospitalaria frecuente que supone un 8-10% de las urgencias psiquiátricas atendidas en servicios de urgencia hospitalarios. No es una patología en sí misma sino un síndrome clínico, con una sintomatología común, asociado tanto a patologías orgánicas como psiquiátricas entre las que se incluyen demencias y cuadros confusionales, intoxicaciones y síndromes de abstinencia, y psicosis.

➡ Se define como un estado de exaltación motora variable, que va desde la inquietud, deambulación, gesticulación, etc. a la desorganización total de la conducta, compuesto por movimientos de tipo voluntario e involuntario sin finalidad objetiva y que suele acompañarse de un estado afectivo alterado con desinhibición verbal e incluso falta de conexión ideativa. Por todo esto, la agitación psicomotriz es una condición que puede poner en riesgo tanto la seguridad del propio paciente como la de sus cuidadores y la del personal sanitario.

- ➡ El tratamiento debe ser etiológico aunque a veces esto no es posible por ser requerida una actuación inmediata dirigida al tratamiento de los síntomas y al control de la situación.

El síndrome de agitación puede conllevar agresividad o conductas violentas y estos actos suelen ocurrir en un contexto de desorganización de la conducta y pérdida de control.

- ➡ Factores predictivos de riesgo de conducta violenta:
 - Demográficos: sexo masculino, joven (15-24) bajo nivel educativo, clase socioeconómica baja, carencia red social.
 - Diagnósticos: síndrome orgánico cerebral/ incluyendo intoxicaciones, trastorno de personalidad, psicosis, comorbilidad con abuso de tóxicos.
 - Clínicos: antecedentes de conducta violenta previa, alucinaciones, delirios paranoides, bajo control impulsos, falta de *insight*, bajo CI inteligencia.



2. TRIAGE, EVALUACIÓN Y PLAN DE ACTUACIÓN

2.1. TRIAGE

↑ Determinar si hay alguna condición médica asociada que ponga en riesgo la vida del paciente.

↑ Evaluar si existe riesgo de violencia y preservar la seguridad del paciente, del personal sanitario y del propio médico

2.2. EVALUACIÓN (tablas 1, 2 y 3)

Objetivos:

- ↗ Descartar etiología orgánica.
- Explorar las funciones básicas psicopatológicas.

➡ Tabla 1. Causas orgánicas o tóxicas de síndrome de agitación

Trastornos mentales orgánicos: delirium, traumatismo cráneo-encefálico, infecciones intracraneales, tumores cerebrales, accidente cerebrovascular, epilepsia.

Trastornos sistémicos que afectan a sistema nervioso central (SNC): hipoxia, hipertiroidismo, acidosis, uremia elevada, hipoglucemia, alteraciones del equilibrio de iones, deshidratación, obstrucción intestinal, infecciones con afectación sistémica, afectación cerebral por lupus eritematoso, porfiria aguda intermitente, esclerosis múltiple, corea de Huntington, enfermedad de Wilson.

Tóxicos: cocaína, anfetaminas, alucinógenos, cannabis, fenciclidina, inhalantes, opiáceos, fármacos anticolinérgicos, antidepresivos (p.ej. amitriptilina), fenotiacinas (clorpromazina o tioridazina), digoxina, corticoides, alcohol (intoxicación o abstinencia), abstinencia a benzodiazepinas y/o barbitúricos...

➡ Tabla 2. Pruebas diagnósticas complementarias

Electrocardiograma (ECG).

Sangre: hematimetría y bioquímica (glucosa, urea, creatinina, iones, función hepática, etanol y niveles de fármacos).

↗ Orina: básico, sedimento y drogas de abuso.

Imagen: radiografía de tórax y, si es preciso, tomografía axial computerizada (TAC).

Otras: electroencefalograma (EEG) y punción lumbar.

➡ Tabla 3. Causas psiquiátricas de síndrome de agitación

Trastornos psicóticos o psiquiátricos mayores: esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos y esquizofreniformes, trastorno bipolar (episodio maníaco y/o mixto) y depresión psicótica.

Trastornos ansiosos: trastornos de ansiedad con crisis de angustia, trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno por estrés postraumático, cuadros disociativos y conversivos.

Trastornos adaptativos, trastorno de personalidad (antisocial, límite y paranoide con más frecuencia) y retraso mental.

- Establecer una orientación diagnóstica.

2.3. PLAN DE ACTUACIÓN

Hay 3 medidas básicas que vamos a esquematizar en las siguientes tablas 4, 5 y 6:

3. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

➡ El principal objetivo de la intervención farmacológica del síndrome de agitación psicomotriz en urgencias es el de inducir la tranquilización del paciente sin llegar a producir una sedación excesiva.

↗ Como recomendación general es preferible la monoterapia, reservando las asociaciones para pacientes con elevado grado de agitación o fracaso de la monoterapia.

Tabla 4. Abordaje verbal

Presentación y explicación del motivo de la evaluación.
Lenguaje sencillo y claro. Frases cortas y tono tranquilo.
Expresión facial neutra, postura relajada.
Asegurar confidencialidad.
En caso de discrepancia evitar confrontación.
Facilitar orientación del paciente en caso de confusión.
Escuchar y expresar atención a las demandas del paciente (escucha reflexiva).
Buscar “conectar” con el paciente mostrando interés por lo que diga.
Cuando sea posible hablar directamente sobre los motivos desencadenantes.
Establecer límites aceptables de conducta y advertir que no se permitirán extralimitaciones.
Fomentar la expresión verbal de emociones, sentimientos y estados de ánimo.
Cuando se haya tomado una decisión comunicarla de forma clara y directa.

Tabla 5. Estrategia ambiental

Utilizar una sala suficientemente amplia y tranquila con buena comunicación con otras dependencias desde la que se pueda recibir ayuda en caso necesario.
Evitar excesiva estimulación exterior, ruidos o interrupciones por otras personas.
Escoger una posición en la sala sin obstáculos para la salida al exterior.
Mantener una distancia con el paciente, no hacer movimientos bruscos ni darle la espalda.
No dejar solo al paciente.
Deben retirarse objetos punzantes o potencialmente peligrosos.
Si se observa desconfianza o agresividad hacia otras personas que estén presentes pedirles que salgan de la habitación.
Al final de la sesión aportar información a familiares o acompañantes.

Tabla 6. Medidas de restricción o contención física

Solo están indicadas en los casos en que exista riesgo de violencia o peligro inminente para el paciente o su entorno.
Deben formar parte de un plan terapéutico de actuación.
Su aplicación seguirá siempre los principios de necesidad (indicación médica), proporcionalidad y temporalidad congruentes con cada situación.



Los principales fármacos utilizados son:

3.1. BENZODIAZEPINAS

En las tablas 7 y 8 veremos las indicaciones y pautas de utilización.

3.2. ANTIPSICÓTICOS

En las tablas 9 y 10 veremos las indicaciones y pautas de utilización.

Tabla 7. Indicaciones del uso de benzodiazepinas

Predominio de clínica ansiosa, como crisis de angustia o agitación situacional o reactiva (trastornos por estrés postraumático, cuadros disociativos...).
Consumo de tóxicos (estimulantes, alucinógenos...).
Síndromes de abstinencia (a alcohol o a depresores del Sistema Nervioso Central). Se deben evitar en principio los antipsicóticos, por el riesgo de crisis comiciales, y realizar control de tensión arterial y monitorización cardíaca.
Situaciones en las que no existe una recomendación clara sobre un tratamiento específico (p. ej. Trastornos de la personalidad).

Tabla 8. Pautas de utilización de las benzodiazepinas

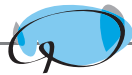
Pauta oral: Primera elección: <ul style="list-style-type: none">■ Diazepam 5-15 mg (repetir tras 60-75 minutos): máximo 60 mg/día.■ Lorazepam 1-3 mg (repetir tras 60 minutos): máximo 10-12 mg/día. De elección en ancianos, niños, broncopatas y hepatopatas. Segunda elección: <ul style="list-style-type: none">■ Clorazepato dipotásico 15-30 mg (repetir tras 60-75 minutos): máximo 100 mg/día.■ Alprazolam 0,5-1 mg (repetir tras 30-60 minutos): máximo 10 mg/día.
Pauta parenteral (intramuscular): Primera elección: <ul style="list-style-type: none">■ Diazepam 10 mg im.: máximo 60 mg/día.■ Clorazepato dipotásico 25-50 mg im.: máximo 300 mg/día.
Se han descrito reacciones paradójicas de hiperactividad e irritabilidad asociadas a las benzodiazepinas. Son más frecuentes en niños y ancianos y responden favorablemente al haloperidol.

Tabla 9. Indicaciones del uso de antipsicóticos

Predominio de síntomas psicóticos. Los AP mas utilizados en el tratamiento de la agitación siguen siendo los AP típicos aunque los nuevos AP se están proponiendo como alternativa por su mejor tolerabilidad y menores efectos secundarios, especialmente en primeros episodios.
➡ Cuadros de posible etiología orgánica (evitar benzodiazepinas y neurolépticos típicos de baja potencia o sedativos).

Tabla 10. Pautas de utilización de antipsicóticos

<p>Pauta oral:</p> <p>Primera elección:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Haloperidol 2,5-10 mg (repetir tras 60 minutos): máximo 50 mg/día. 1ª elección en cuadros de etiología orgánica. ■ Risperidona 1-3 mg (repetir tras 75 minutos): máximo 7 mg/día. ■ Olanzapina 5-20 mg (repetir tras 90 minutos): máximo 20 mg/día. ■ Ziprasidona 30-75 mg (repetir tras 75 minutos): máximo 160 mg/día. <p>Segunda elección:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Clorpromazina/levomepromazina 25-100 mg (repetir tras 90 minutos): máximo 300 mg/día.
<p>Pauta parenteral:</p> <p>Primera elección:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Haloperidol 2,5-10 mg im. (repetir tras 60 minutos): máximo 30 mg/día. Atención al riesgo de efectos extrapiramidales. De elección en cuadros de etiología orgánica. ■ Ziprasidona 10-20 mg im. (repetir tras 2-4 horas según dosis): máximo 40 mg/día. ■ Olanzapina 5-10 mg im. (repetir tras 1-2 horas según dosis): máximo 20 mg/día. ■ ➡ Atención al riesgo de hipotensión ortostática y bradicardia. ■ ➡ En intoxicación por alcohol o depresores del sistema nervioso central existe contraindicación relativa de neurolépticos de baja potencia o sedativos y de benzodiazepinas por el riesgo de la potenciación de efectos. <p>Segunda elección:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Levomepromazina 25-50 mg im. (repetir tras 1-2 horas): máximo 150 mg/día. Atención al riesgo de hipotensión. ■ Zuclopentixol acufase im. 50-150 mg (no repetir antes de 48-72 horas, 2 ó 3 días). <p>Asociaciones: monitorización y vigilancia estrecha ya que se ve aumentado el riesgo de depresión respiratoria.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Haloperidol 5 mg asociado con benzodiazepinas. ■ Ziprasidona 10 mg asociada con benzodiazepinas. ■ Haloperidol 5 mg asociado a Levomepromazina 25 mg. <p>La asociación de haloperidol con prometazina, está en estudio actualmente, pues se ha visto que mejora el perfil de efectos secundarios del haloperidol en monoterapia, tiene un efecto más prolongado que olanzapina y no provoca depresión respiratoria como las benzodiazepinas, sin embargo, no hay suficientes datos en la actualidad, que avalen su seguridad.</p> <p>Existe poca evidencia, por el momento, del valor de combinar las benzodiazepinas con antipsicóticos de 2ª generación, e incluso se ha visto que la combinación podría causar algún riesgo.</p>



4. SITUACIONES ESPECIALES

El tratamiento debe ajustarse a las características particulares de cada paciente partiendo de las dosis estandarizadas previamente para adultos sanos (tablas de la 11 a la 16).

Tabla 11. Delirium y trastornos mentales orgánicos (tratar su causa etiológica si es posible)

Vía oral: Primera línea: haloperidol. Segunda línea: risperidona o amisulpiride. ▶ Si es necesario administrar alguna benzodiazepina, es preferible Lorazepam.
Vía parenteral: Primera línea: haloperidol im. Segunda línea: ziprasidona im u olanzapina im.

Tabla 12. Intoxicación por consumo de tóxicos (estimulantes, alucinógenos)

Benzodiazepinas.
Haloperidol asociado con benzodiazepinas.
Olanzapina.
Risperidona.
Haloperidol.
Risperidona asociado con benzodiazepina.

Tabla 13. Intoxicación por alcohol o depresores del Sistema Nervioso Central:

Intoxicación leve o moderada: 1 ampolla de tiamina intramuscular (evita el desarrollo de una encefalopatía de Wernicke) seguido de suero glucosado (evita una hipoglucemia).
Intoxicación grave: monitorización y medidas de soporte.
Intoxicación asociada a comportamientos violentos o agitación psicomotriz: si no es efectiva la contención verbal y la vigilancia, habrá que realizar contención farmacológica, siempre con una observación de constantes vitales y respuesta a estímulos durante varias horas.
▶ Existe contraindicación relativa de benzodiazepinas de alta potencia (p. ej. midazolam) por el riesgo de suma de efectos y de depresión respiratoria, de neurolépticos de baja potencia y de neurolépticos incisivos a grandes dosis o en monoterapia (por ej. haloperidol en monoterapia pues habría que usarlo a grandes dosis) porque disminuyen el umbral convulsivo aumentando el riesgo de crisis comiciales cuando desciende el nivel de alcoholemia.
Puede utilizarse: haloperidol 5 mg im. asociado a diazepam 10 mg im. (se puede repetir a los 30 minutos si es necesario) o bien tiaprida 100 mg im. (repetir tras 30-60 min, pudiendo repetirse otra vez a las 4-6 horas, con un máximo de 800 mg/día).
Síndromes de abstinencia: <ul style="list-style-type: none">■ Benzodiazepinas (junto a control de tensión arterial y monitorización cardíaca). Si es necesario un antipsicótico, éste debería tener una baja interacción con drogas de abuso o alcohol por lo que sería preferible: haloperidol, amisulpiride o ziprasidona. Riesgo cardiovascular, hiperglucemia, obesidad, hipotensión y depresión cardiorrespiratoria: <ul style="list-style-type: none">■ Haloperidol.■ Benzodiazepinas.■ Haloperidol asociado con benzodiazepinas.■ Evitar olanzapina en estos casos.

Tabla 14. Niños

Risperidona: se suele usar en trastornos de conducta perturbadora en niños y adolescentes y las dosis se ajustan según el peso (<50 kg: la dosis óptima de mantenimiento es de 0,5 mg al día empezando con 0,25 mg al día, >50 kg: la dosis óptima es de 1 mg al día comenzando con 0,5 mg al día).

Benzodiazepinas (lorazepam).

Tabla 15. Retraso Mental

Risperidona: de acuerdo con el panel de expertos sobre trastornos del comportamiento en retraso mental, los antipsicóticos atípicos son preferibles en estos casos a los típicos.

Tabla 16. Embarazo

➡ Evitar todos los fármacos en la medida de lo posible (la etapa más perjudicial es el primer trimestre) y si no hay más remedio que tratar farmacológicamente de urgencias una agitación, se debe usar Haloperidol por ser el más conocido sobre todo.

5. MEDIDAS DE CONTENCIÓN (tabla 17 y 18)

Son un conjunto de procedimientos físicos o mecánicos (CM) que se utilizan como medida de prevención de daños cuando existen signos fundados de amenaza de la seguridad del propio paciente o de otras personas de su entorno. Son medidas de último recurso, indicadas sólo si han fracasado otras alternativas terapéuticas previas (verbales y ambientales) para conseguir la tranquilización del paciente. Otras veces están justificadas por la imposibilidad de aplicación del tratamiento farmacológico.

➡ Nunca se han de aplicar como medida de castigo o control, si existe alguna contraindicación específica, por comodidad del equipo asistencial o como sustitución de algún tratamiento.

Tabla 17. Indicaciones de utilización medidas de contención.

Cuadros de agitación psicomotriz como los que se producen en estados confusionales, en los trastornos psicóticos en crisis, en cuadros que cursen con déficit en el control de los impulsos, en los déficit intelectuales o en la abstinencia o efectos de sustancias psicoactivas.

Prevención de conductas hetero o autolesivas así como prevención de conductas suicidas.

Cuando el estado mental del paciente no permita la administración de medidas terapéuticas o procedimientos diagnósticos.

6. CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES PARA LA APLICACIÓN DE MEDIDAS COERCITIVAS

6.1. PRINCIPIOS ÉTICOS

Los principios éticos que deben regir la aplicación de medidas de restricción física o mecánica son:

- **Autonomía:** Cualquier persona es un agente moral autónomo, es decir, tiene derecho a tomar decisiones sobre su vida y su salud; por eso, la persona que requiera la aplicación de una contención física o mecánica deberá estar informada del uso de esta medida y, siempre que sea posible, se deberá solicitar su consentimiento. Si la persona es moralmente autónoma y rechaza cualquier tipo de restricción, siempre que sea posible, deberá respetarse su decisión.



Tabla 18. Procedimiento de instauración de contención mecánica

Personal: Mínimo de 4 personas. Competencias profesionales que implican a todo el personal presente y al que sea requerido de forma inmediata:
Facultativo: Máximo responsable. Indica la CM y la autoriza (o no) si ha sido instaurada de forma urgente por enfermería, en su ausencia. Informa al paciente y a los familiares. Indica la supresión de la misma tras valoración con resto del personal.
Enfermero: Dirige y coordina su ejecución, indicándola si el facultativo está ausente. Responsable del instrumental, de los cuidados y los controles posteriores del paciente.
Auxiliar enfermería: Colabora en la ejecución y supresión. Participa en los cuidados, control, observación y acompañamiento permanente. Se encarga del mantenimiento y la custodia del instrumental.
Celadores: Colaboran en la instauración y ocasional transporte del paciente e instrumental.
Personal de seguridad: Puede requerirse para colaborar en la reducción del paciente.
Duración: Lo más breve posible. Habrá que especificarla siempre y nunca excederá de 8 horas. Podrá prorrogarse por autorización del facultativo y tras la valoración por enfermería.
Instrumental de CM: Deberá estar siempre homologado y en buenas condiciones de uso. Deberá estar en número suficiente según las dimensiones de la unidad.
Procedimiento: Personal firme y protector, no autoritario y evitando actitudes provocativas. Profesionalidad y máximo respeto de los derechos del paciente. Coordinación y rapidez en la ejecución. Adecuar el ambiente y minimizar riesgos. Preparar la cama, frenada, y colocar la sujeción de cintura previamente. El personal retirará de sus bolsillos utensilios punzantes u otros objetos que puedan utilizarse para agredir. Designar un miembro del personal de cuidados encargado de dirigir la contención, generalmente un enfermero, que será el que mantendrá en todo momento la comunicación y la coordinación del procedimiento. Cada miembro sujetará una extremidad y otro sujetará la cabeza, evitando daños.
Posición del paciente: Decúbito supino.
Tipos de sujeción: Sujeción completa: inmovilización del tronco (primero, con el cinturón abdominal) y las 4 extremidades en diagonal. Sujeción parcial: igual que la anterior, pero sólo inmovilizando 2 extremidades.
Registro. La contención debe ser registrada en la historia clínica y en el registro de enfermería.
Información: Tras la interrupción o cese de la medida se informará al paciente y familiares acerca del procedimiento, duración y finalidad.

Por otra parte, si la persona carece de autonomía para decidir, la información y el consentimiento recaerán, en la medida de lo posible, en el entorno más próximo a la misma.

- **Equidad:** la aplicación de una medida de sujeción no puede actuar jamás como causa de discriminación de la persona por parte del personal sanitario. A pesar de su situación, la persona merece ser tratada con la máxima consideración y el máximo respeto.
- **Beneficiencia:** cuando se decide aplicar una contención física y/o mecánica, el personal de enfermería debe esforzarse por garantizar el bienestar de la persona y no sólo protegerla de posibles daños. Por ello, ante este tipo de intervenciones el personal responsable, deberá asegurarse el que los beneficios siempre sean superiores a los perjuicios.
- **Intimidad:** cualquier intervención por parte de enfermería debe respetar escrupulosamente el derecho a la intimidad, incluso en caso de que la persona, dada su gran vulnerabilidad, no sea consciente de este hecho. En una acción de limitación de la movilidad el personal sanitario procurará respetar en todo momento la intimidad de la persona. Para ello, la contención debe realizarse en un lugar protegido de la mirada de los demás, especialmente si la persona ofrece resistencia. Una vez aplicada la contención física y/o mecánica debe evitarse que la persona quede expuesta innecesariamente a las miradas de terceros.
- **Vulnerabilidad:** la persona que precisa una contención física y/o mecánica presenta una gran vulnerabilidad y un elevado nivel de dependencia; por este motivo requerirá una atención integral, mucho más frecuente, por parte de enfermería y del resto de profesionales sanitarios.

6.2. PRECEPTOS LEGALES DE APLICACIÓN

En la tabla 19, se exponen brevemente.

6.3. GARANTIAS REGULADORAS

Son las siguientes:

- **Garantía judicial:** si un paciente al que se le indica la medida no se encontrara en situación de "ingreso involuntario", se tipificará como tal, notificándose al juzgado correspondiente.
- **Información sobre la adopción de la medida:** La utilización de la medida excepcional y urgente de contención mecánica en los supuestos y de acuerdo con el presente protocolo, como cualquier otra actuación sanitario-asistencial, deberá ser informada al paciente de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión y a las circunstancias existentes en el momento. También se debe informar a la personas que, vinculadas a él por razones familiares o de hecho, se encuentren acompañando al paciente (art. 5.1 y 5.2, Ley 41/2002). La información debe darse con carácter previo, durante el mantenimiento y posteriormente.
- **Historia clínica y documentos del protocolo:** En cualquier caso, debe quedar constancia en la Historia Clínica de las circunstancias que han justificado tanto la adopción de la contención mecánica como su mantenimiento en el tiempo, mediante la inclusión en la historia clínica de los documentos propuestos. Deben recogerse todas las incidencias que hayan rodeado la medida (Ley 41/2002).

Respecto al facultativo, su intervención no debe limitarse a los momentos inicial y final de la medida (instauración y cese), sino que también ha de estar presente durante la aplicación de la misma, mediante periódicas evaluaciones del estudio clínico del paciente.

Sobre el personal de enfermería recae el peso más importante de la atención al paciente. Los cuidados de enfermería presidirán todo el proceso de aplicación de la contención (atención de las constantes vitales, hidratación, alimentación, higiene).



Tabla 19. Disposiciones legales reguladoras en España

Constitución Española: Art. 17.1 "Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley".
Ley 1/2000, de 7 de enero, de enjuiciamiento civil. Art. 763; Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico.
Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica: Artículos 4, 5, 8 y 9.

RECOMENDACIONES CLAVE

La agitación psicomotriz constituye un síndrome clínico relativamente frecuente en urgencias y plantas hospitalarias que puede estar asociado tanto a causas orgánicas como psiquiátricas.

La evaluación inicial debe estar dirigida al descarte de etiología orgánica y a la valoración de factores de riesgo tanto para el paciente como para el personal y el entorno.

La elección del tratamiento, pauta y vía de administración va a depender de la necesidad de rapidez de acción, eficacia y potencialidad de efectos secundarios.

Las estrategias de desescalada verbal y la intervención ambiental son fundamentales para conseguir la cooperación del paciente y el control de la conducta.

Las medidas de restricción físicas o mecánicas deben ser siempre medidas de último recurso que se utilizan tras haber agotado otras alternativas terapéuticas previas.

El procedimiento de aplicación de contención mecánica debe ser indicado por el médico y ejecutado por personal de enfermería suficientemente entrenado con arreglo a un plan o protocolo de actuación.

El protocolo de aplicación de restricción física o mecánica debe ser registrado en la historia clínica y cumplir escrupulosamente la normativa de protección de los derechos de los pacientes (legalidad, equidad, intimidad, intensidad y duración).

7. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Allen MH, Currier GW. Use of restraints and pharmacotherapy in academic psychiatric emergency services. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26:42-49.

Cañas F. Management of agitation in the acute psychotic patient. Efficacy without excessive sedation. *European Neuropsychopharmacology*. 2007;17:s108-s114.

Nordstrom K, Allen MH. Managing the Acutely Agitated and Psychotic Patient. *CNS Spectr*. 2007;12(Suppl 17):5-11.

Marder SR. A review of agitation in mental illness: treatment guidelines and current therapies. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(Suppl 10):13-21.

Kallert TW. Coercion in psychiatry. *Curr Opin Psychiatry*. 2008;21(5):485-9.

8. BIBLIOGRAFIA DE AMPLIACION

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fórum de Salud Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM . Número 2006/05-2.

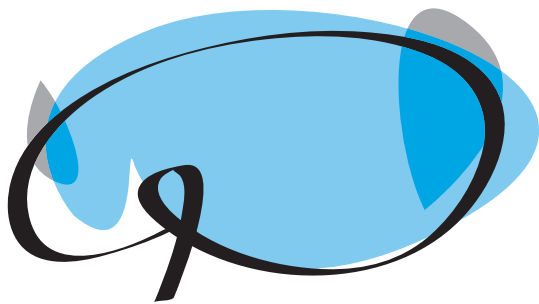
Bulbena A, Martín LM. Urgencias Psiquiátricas en Vallejo J (dir.). Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Barcelona: Ed. Elsevier Masson. 2006:799-811.

Allen MH, Currier GW, Carpenter D, Ross RW, Docherty JP. Expert Consensus Panel for Behavioral Emergencies 2005. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. *J Psychiatr Pract*. 2005;11(Suppl 1):5-108.

Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, McGlashan TH, Miller AL et al. Guía clínica para el tratamiento de la esquizofrenia 2ª ed. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. American Psychiatric Association. Compendio 2006.

Barrios Flores LF, Barcia Salorio D. El Marco jurídico de las urgencias psiquiátricas. Madrid: Ed. You&Us. 2005.





MÓDULO 4.

Rotaciones
(Formación
transversal)



Psiquiatría
Comunitaria





88. ORGANIZACIÓN DE LA ROTACIÓN DEL MIR EN LA USM



Autores: Miguel Hernández González y Francisco Javier Trujillo Carrillo
Tutor: José García-Valdecasas Campelo
Hospital Universitario de Canarias. Tenerife

CONCEPTOS ESENCIALES

La USM tiene un papel central en la red de Salud Mental.

En la USM es básica la labor de coordinación entre el equipo y con otros dispositivos asistenciales.

El modelo de rotación del MIR en la USM debe asegurar el desempeño de una labor asistencial adecuadamente supervisada.

1. INTRODUCCIÓN

La Unidad de Salud Mental (USM) es el eje sobre el que se estructura el modelo comunitario de atención a la salud mental. El equipo de salud mental comunitario es la forma en que se estructuran los recursos humanos de la USM. Constituye en sí mismo un agente de salud que tiene la responsabilidad de cubrir los objetivos asignados al segundo nivel de intervención sanitaria en salud mental. Son dispositivos que promueven una atención integral, tanto en aspectos preventivos, como de asistencia y rehabilitación. Deben estar compuestos por equipos multidisciplinares que integren: psiquiatras, psicólogos clínicos, personal de enfermería especializada, auxiliares clínicos y administrativos, así como trabajadores sociales. El objetivo de la integración social es parte de la motivación ideológica detrás de la transición desde la institucionalización a la psiquiatría descentralizada. La salud mental comunitaria considera que la integración social es vital para mejorar la salud de los enfermos psiquiátricos.

1.1. PSIQUIATRÍA AMBULATORIA *VERSUS* SALUD MENTAL COMUNITARIA

La psiquiatría comunitaria se desarrolla próxima a la población, a diferencia de la antigua atención am-

bulatoria se fundamenta en los siguientes principios (tabla 1):

Tabla 1. Características de la salud mental comunitaria

Responsabilidad sobre una población.
Territorialización de la asistencia.
Unificación de redes asistenciales.
Enfoque multidisciplinar.
Continuidad de cuidados.
Participación y responsabilidad del conjunto de la comunidad en la asistencia psiquiátrica.

- Responsabilidad sobre una población: a diferencia de la psiquiatría ambulatoria convencional, que se hacía responsable únicamente de las personas que presentan síntomas, las unidades de salud mental implican la atención a personas que habitualmente no solicitan asistencia, que la abandonan aún presentando graves trastornos y otros grupos sociales sin existir exclusiones *a priori*.
- Territorialización de la asistencia: las unidades de salud mental se hacen cargo de un área geográfica concreta, permitiendo que exista una conexión entre los dispositivos psiquiátricos y la población, y garantizando la cobertura de las



demandas de esa población mediante la autogestión de los recursos.

- Unificación de redes asistenciales: las unidades de salud mental están integradas en una red única, que incluye tanto el nivel asistencial primario como el tercer nivel hospitalario, permitiendo una planificación óptima de los servicios.
- Enfoque multidisciplinar: frente a la psiquiatría ambulatoria basada en la figura del psiquiatra, en las unidades de salud mental la atención incluye la incorporación de profesionales del ámbito de la psicología clínica, el trabajo social, la rehabilitación y la enfermería especializada.
- Continuidad de cuidados: implica el mantenimiento de objetivos concretos de tratamiento en los diferentes dispositivos, evitando las interrupciones asistenciales o la fragmentación.
- Participación y responsabilidad del conjunto de la comunidad en la asistencia psiquiátrica: la asistencia a los pacientes no puede quedar meramente en el acto médico, especialmente en los pacientes psiquiátricos. Es necesario que la comunidad se implique y coordine en la atención de sus pacientes psiquiátricos.

1.2. FUNCIONES DE LA USM

En las USM se desarrollan funciones de carácter general en población adulta e infanto-juvenil, que proporcionan:

- Atención en consultas externas a usuarios con problemas mentales, remitidos por sus médicos de cabecera o pediatras, al no poder ser abordados en su primer nivel asistencial.
- Atención a los problemas mentales de intervención urgente, en el centro o domicilio.
- Seguimiento de los pacientes en consultas tras su alta hospitalaria o en programas de rehabilitación.
- Asesoramiento en la atención a los facultativos de atención primaria.
- Colaboración en programas de información y formación en salud mental a los diferentes “agentes de salud” de las zonas correspondientes.

Los psiquiatras tienen un importante papel que desempeñar para asegurar que el cambio de servicio y la innovación sean basados en sólidos valores clínicos, se desarrollen en colaboración con los otros médicos y sean comprendidos y aceptados por todos. Se requiere una visión clara y el apoyo de todos para el desarrollo futuro de los servicios de salud mental.

La desinstitucionalización y un mayor respeto hacia estos enfermos fueron considerados como un cambio positivo. Se deben centrar esfuerzos en la formación de los profesionales de atención primaria y especializada, así como apoyar los recursos que ayudan a la integración social y la adherencia a los tratamientos de estos enfermos. Una adecuada asistencia domiciliaria y una buena coordinación con los servicios de atención primaria son elementos claves para el éxito.

En cualquier caso, el equipo de atención primaria seguirá manteniendo su relación con el paciente y su responsabilidad respecto de las características del tratamiento que le conciernen (revisión de medicamentos, apoyo al grupo familiar) y asumirá el pleno seguimiento del caso en cuanto sea posible.

La función asistencial del psiquiatra en una USM incluye prestar la atención especializada a nivel psicofarmacológico y psicoterapéutico al sector de población que le corresponda, bien directamente o en apoyo de los profesionales de atención primaria, individualmente o en colaboración con otros miembros del equipo. Dicha función incluye la atención domiciliaria y/o el desplazamiento a otros dispositivos comunitarios en caso necesario.

También debe realizar las indicaciones de derivación de pacientes a los restantes dispositivos de la red o a otros servicios.

Otra función es atender las urgencias psiquiátricas que acudan a la unidad de salud mental, independientemente de las guardias hospitalarias que deban realizarse.

Así mismo, el psiquiatra participa directamente en la elaboración, ejecución y evaluación de los programas de la unidad de salud mental, así como en la confección de las correspondientes memorias.

Por supuesto, la función asistencial del especialista en psiquiatría en una USM incluye, como en otros

dispositivos, la coordinación con el resto de la red de salud mental, siendo un aspecto básico por el papel central que la USM ocupa en dicha red. Es fundamental también la existencia de una coordinación y colaboración fluida entre los distintos miembros del equipo de la USM, que permita llevar a cabo el trabajo de la forma más eficiente posible en un ambiente adecuado.

La ley sobre los servicios para las personas con discapacidad, aprobada por el Parlamento español en diciembre de 2006, y el Plan de Salud Mental del Ministerio de Sanidad español se utilizan para ilustrar las políticas que requieren un alto grado de integración entre la organización, el aspecto financiero y el clínico.

2. LA FORMACIÓN MIR EN LA USM

El nuevo programa oficial MIR de la especialidad de psiquiatría reserva 10 meses para la rotación de psiquiatría comunitaria. Según dicho programa, esta rotación debe proporcionar los conocimientos, experiencia y habilidades en el manejo clínico y seguimiento de casos, en el trabajo en equipo, en la coordinación con otros dispositivos asistenciales y en actividades comunitarias de planificación, prevención y evaluación, clínica y epidemiológica.

Los MIR que se forman en las USM tienen, siempre según el programa oficial, las siguientes actividades a cumplir:

- Intervención en situación de crisis, manejo de los criterios de derivación de pacientes y de la utilización adecuada de los recursos sociosanitarios disponibles.
- Realización de actividades de apoyo a la atención primaria, incluyendo reuniones de coordinación, valoración conjunta de casos, sesiones clínicas conjuntas, etc.
- Adquisición de conocimientos y experiencia en programación, organización y coordinación asistencial con otros dispositivos sociosanitarios, en trabajo en equipo multidisciplinar, en desarrollo aplicado de planes de salud mental y en actividades relacionados con la problemática legal del enfermo mental.
- Realización de un mínimo de 80 primeras consultas, referidas a diferentes tipos de pacientes, especificando el encuadre y la técnica de la entrevista, la valoración e hipótesis diagnóstica, la elaboración del plan terapéutico y su discusión dentro del equipo o con el tutor.
- Realización del seguimiento terapéutico de un mínimo de 70 pacientes, entre los distintos diagnósticos, profundizando en el manejo clínico de los psicofármacos y en las distintas intervenciones terapéuticas tanto con el paciente como con su familia.

Hay que tener en cuenta que, transversalmente, el programa contempla cuatro niveles de competencia, que la organización de la rotación del MIR por la USM debe garantizar:

- Un primer nivel que debería ser puesto en práctica siempre que se realice una intervención terapéutica, sea ésta de carácter psicológico, biológico o social. Estaría dirigido a facilitar el desarrollo de la relación de ayuda y de encuadre. Debe permitir la aplicación de psicoeducación, la identificación de obstáculos para el cambio terapéutico y el reconocimiento de implicaciones psicológicas en el proceso terapéutico.
- Un segundo nivel para el desarrollo de destrezas psicoterapéuticas necesarias para abordar problemas psicológicos generales, tales como, dificultades de relación social, laboral y familiar, dificultades de cumplimentación, etc. Se centraría en el ejercicio de psicoterapia de apoyo y en la intervención en crisis.
- Un tercer nivel para alcanzar la adquisición de competencias con la finalidad de aplicar técnicas psicoterapéuticas específicas y estructuradas, orientadas a complementar el tratamiento farmacológico o la rehabilitación de trastornos específicos.
- Un cuarto nivel referido a las destrezas necesarias para practicar la psicoterapia formal y ajustada estrictamente a modelos. Incluye el conocimiento de bases teóricas y prácticas de los diversos modelos psicoterapéuticos: psicodinámicos, sistémicos, cognitivo-conductual y el interpersonal, tanto en lo referido a la modalidad individual como de pareja, de familia o de grupo.



3. MODELOS DE ORGANIZACIÓN DE LA ROTACIÓN

Examinando el material amablemente suministrado por distintas unidades docentes de todo el estado, hemos observado que la rotación del MIR por la USM, pivota entre dos modelos: el que denominaremos “módulo del residente” y el de “pacientes asignados” (tabla 2).

Tabla 2. Modelo de rotación del MIR por la USM

Módulo del residente	Pacientes asignados
Cupo amplio de pacientes pero supervisión limitada.	Cupo de pacientes nuevos y supervisión concreta.

El modelo de “módulo del residente” se caracteriza por la existencia de un cupo de pacientes que son vistos por los sucesivos residentes que rotan por dicha USM, a los que se añaden primeras consultas y urgencias que son adscritas directamente a dicho cupo. Este sistema tiene la ventaja de que el residente gestiona desde el comienzo un cupo de las mismas características al que se encontrará en el futuro como especialista, optimizando la toma de decisiones en “condiciones reales” de presión asistencial. El inconveniente principal es la dificultad de la supervisión, al no estar asignados los pacientes a ningún especialista en concreto. Por otra parte, asistencialmente, los pacientes no tienen un psiquiatra de referencia fijo más allá de las rotaciones. En este modelo, normalmente existe un gran número de pacientes lo que conlleva escaso número de citas durante el tiempo limitado de la rotación y, por consiguiente, dificultades añadidas para proceder al alta, deteriorándose la calidad asistencial.

En el modelo de “pacientes asignados”, el residente empieza la rotación sin pacientes y comienza viendo primeras entrevistas y los seguimientos subsiguientes. Cada paciente está adscrito a un especialista en concreto que conoce y supervisa el caso. El paciente que no sea dado de alta durante el transcurso de la rotación, seguirá siendo atendido por el que siempre fue su psiquiatra de referencia.

Excepcionalmente, casos que puedan ser de un particular interés de algún cupo, pueden ser derivados al residente siempre con una supervisión concreta. Las ventajas de este modelo son que se mantiene en todo momento la calidad asistencial y el residente se incorpora progresivamente a una cada vez mayor complejización de su trabajo y al final de la rotación, el MIR debe ser capaz de gestionar un cupo en condiciones reales de presión asistencial.

4. ORGANIZACIÓN DE LA ROTACIÓN DEL MIR EN LA USM: UNA PROPUESTA

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto nos atrevemos a exponer el siguiente esquema, que se implementa con éxito hace ya unos años en la USM de Vecindario (Gran Canaria):

La actividad clínica del residente consistirá fundamentalmente en el manejo directo de un grupo de casos sobre los que asumirá, bajo la adecuada supervisión, la responsabilidad de su seguimiento. El grupo se compondrá de un número aproximado de 80-100 pacientes (al menos 20 de ellos con trastornos de naturaleza psicótica), que serán seleccionados por el tutor de entre los casos que inicien consultas en la unidad de modo tal que se vean representados en él los principales tipos de patologías psiquiátricas. En el caso de que, por su baja prevalencia relativa, no pueda contarse con casos de patologías de interés para el residente, se posibilitará su intervención en el seguimiento de pacientes en tratamiento de forma previa por el tutor.

Tareas específicas:

- Realización de primeras entrevistas:

Con pacientes que accedan al servicio como de nueva consulta, tanto a través del cauce normal como preferente. De ellas se obtendrán los casos para seguimiento por parte del residente. En caso de que resulte oportuno, este remitirá de nuevo el caso al médico de atención primaria que promovió la derivación, proporcionándole mediante informe escrito las conclusiones diagnósticas y las indicaciones terapéuticas que este precise para el correcto manejo del paciente. Los pacientes tendrán siempre como referencia a un especialista que se hará cargo de tutorizar el caso. Algunas USM preferirán

que sea un solo especialista el que se ocupe de tutorizar a cada residente y en otras se podrá plantear que cada especialista tutoriza los pacientes que remite al MIR.

■ Realización de consultas de seguimiento:

Una vez incorporado el caso a la responsabilidad del residente, éste pondrá en marcha las estrategias de diagnóstico e intervención que se precisen, haciéndose cargo de ellas hasta el alta del paciente o la finalización del periodo de rotación, en cuyo caso pasarán de nuevo a la responsabilidad del especialista correspondiente.

■ Seguimiento en otros dispositivos:

Se favorecerá la implicación del residente en las actividades clínicas que puedan llevarse a cabo en otros dispositivos (UIB, dispositivos de rehabilitación, otros servicios especializados) sobre pacientes bajo su responsabilidad, de las cuales deberá encontrarse adecuadamente informado y en las que, llegado el caso, podrán participar de forma coordinada.

■ Asistencia a actividades de otros miembros de la USM:

Se facilitará la participación del residente en las intervenciones que precisen los pacientes bajo su seguimiento por parte de otros profesionales de la USM (psicología, enfermería o trabajo social).

■ Intervenciones domiciliarias:

El residente realizará visitas a domicilio en los casos en los que se considere conveniente llevar a cabo observaciones o acciones en su medio habitual.

Intervenciones relacionadas con problemas jurídico- legales:

El residente llevará a cabo, con el respaldo del tutor en el caso de que lo requiera, las intervenciones que requieran los pacientes bajo su responsabilidad en este ámbito (evaluaciones médico-legales, valoración de la capacidad laboral, valoración para la obtención de prestaciones sociales).

La supervisión de la actividad clínica se realizará por el tutor de forma continuada. Además, se programarán al menos diez horas mensuales para la revisión en profundidad de casos que entrañen especial dificultad para el residente.

La formación en psicogeriatría y en trastornos de la conducta alimentaria se integra en el periodo de rotación en la USM. Las peculiaridades de estas áreas de la salud mental se contemplan de modo específico, para lo cual el residente incluirá al menos 20 pacientes de estas áreas en el grupo bajo su responsabilidad. Se reservarán horas de supervisión dedicadas a profundizar en aspectos concretos de estos grupos de pacientes, así como en las particularidades de la terapéutica farmacológica.

Otras actividades prácticas:

Se favorecerá la participación del residente en cualquier otra actividad de la USM que pueda considerarse de interés para su formación. Entre ellas se incluirían:

- Asistencia a la consulta del tutor u otros facultativos en casos de especial interés clínico.
- Asistencia a actividades de coordinación interna o externa.
- Asistencia a las citas judiciales para las que el tutor sea requerido.



↑ RECOMENDACIONES CLAVE

Tener presente el programa de la especialidad y sus objetivos.

Solicitar la pertinente supervisión de los casos.

Desarrollar un adecuado trabajo en equipo, teniendo clara la diferencia entre una USM y una consulta externa de psiquiatría.

Contemplar los aspectos tanto farmacológicos como psicoterapéuticos en el abordaje del paciente.

5. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

De la Hera Cabero MI, Catalina Zamora ML, Llano Cerrato E. Algunos desarrollos en Psiquiatría Comunitaria. En: Cervera Enguix S, Conde López V, Espino Granado A, Giner Ubago J, Leal Cercos C, Torres González F. Manual del Residente de Psiquiatría. Madrid: Ed. Smithkline-Beecham. 1997:2165-2171 .

Programa formativo de la especialidad de Psiquiatría. BOE 224 de 16 de septiembre de 2008.

Herrera Arroyo J. Programa de formación de residentes de psiquiatría. Subprograma de rotación en la Unidad de Salud Mental (sin editar). Las Palmas. 2006.

6. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Bonsack C, Schaffter M, Singy P, Charbon Y, Eggimann A, Guex P. Estudio cualitativo de tipo social y las expectativas de la red de salud para el tratamiento de la comunidad de graves problemas de salud mental. *Encephale*. 2007 Oct; 33(5):751-61 .

Zunzunegui Pastor MV, Lázaro de Mercado P. Integración y fronteras entre la salud y la asistencia social. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit*. 2008 Apr;22(Suppl 1):156-62.

Granerid A, Serverinsson E. La lucha por la integración social: las experiencias de las personas con problemas de salud mental. *J. Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006 Jun;13:288-93.



89. ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LA HISTORIA CLÍNICA EN LA ATENCIÓN COMUNITARIA



Autores: Claudia Ruiz Bennasar y Eloy Martín Ballesteros

Tutor: Eloy Martín Ballesteros

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid

CONCEPTOS ESENCIALES

La historia clínica se debe abordar con una actitud) integradora, incorporando diversas orientaciones y perspectivas.

En la historia clínica desde el punto de vista comunitario, siempre que sea preciso, deben recogerse datos que permitan plantear diagnósticos e intervenciones en las áreas de: capacitación e integración social, prevención, rehabilitación y especificidad cultural, en un contexto de trabajo habitualmente multiprofesional.

1. INTRODUCCIÓN

Aunque se trate de una aclaración un tanto obvia debemos hacer hincapié en el hecho de que realizar una historia clínica, debe plantearse de una forma integradora incorporando de manera fluida múltiples perspectivas: biológica, cultural, biográfica, familiar, social..., que permitan un entendimiento global del paciente que estemos valorando. Sólo a efectos didácticos vamos a hacer un especial hincapié en el punto de vista comunitario como aspecto parcial, para intentar incidir en aspectos de la historia clínica que consideramos importantes y a los que en ocasiones no se presta toda la atención que merecen.

El modelo de atención en psiquiatría comunitaria propugna una organización en forma de red de servicios que trabajan de forma coordinada para la atención de la salud mental de una población. Para desarrollar esta atención de la manera más eficaz y completa posible no basta con plantearse la actividad puramente asistencial, sino que es necesario desarrollar programas enfocados a conseguir una adecuada integración del paciente dentro de su comunidad, así como programas de prevención, rehabilitación y de educación sanitaria. La puesta en marcha estos

programas, precisa la intervención de múltiples dispositivos en los que van a intervenir diversos profesionales que podrán aportar sus perspectivas en la recogida de datos en la historia clínica.

En historia clínica pues, desde la perspectiva comunitaria deberán recogerse una serie de datos con una especial atención en relación a:

- Recoger en profundidad aspectos relacionales y de integración en la comunidad como un factor determinante del curso y pronóstico de las enfermedades mentales.
- Recabar información para poder realizar intervenciones preventivas tanto en las fases precoces de la enfermedad, como para anticipar las posibles crisis y recaídas.
- La identificación de áreas deficitarias es otro aspecto importante que nos orientará para organizar un tratamiento rehabilitador y plantear las derivaciones adecuadas a los dispositivos que se precisen.
- Entender la historia clínica como un instrumento para recopilar y organizar la información donde pueden intervenir distintos profesionales.



- La valoración y conocimiento de la especificidad cultural y su influencia en la presentación de los síntomas y las demandas de los pacientes, cobran una especial importancia en el cada vez más numeroso grupo de pacientes procedentes de la inmigración.

2. ASPECTOS RELACIONALES (tabla 1)

Tabla 1. Valoración de aspectos relacionales

Patrones de relación interpersonal. Acontecimientos traumáticos. Desempeño de roles. Identificación de mensajes y valores paternos. Modos precoces de relación con iguales. Trayectoria en medio laboral, familiar y de pareja. Valoración de redes sociales.

Los patrones de relación interpersonal inician su particular modelaje en la infancia, ya desde las etapas más precoces donde se comienza a establecer los primeros vínculos y formas de apego frente a las figuras paternas.

Los acontecimientos familiares traumáticos como pérdidas de familiares cercanos, las separaciones precoces, la ausencia de figuras de referencia o las carencias de estas a la hora de generar vínculos seguros producen una alta vulnerabilidad para padecer una patología psiquiátrica. Otro tipo de acontecimientos traumáticos como son el sufrir abusos sexuales, así como malos tratos, generalmente en contextos familiares desestructurados originaran con frecuencia una gran alteración de los patrones de relación con tendencia a la inestabilidad emocional y con un mayor riesgo de volver a ser objeto de malos tratos y abusos en las relaciones en la edad adulta.

La recogida de información en cuanto a la posición y los roles desempeñados en el medio familiar es muy importante, en tanto en cuanto van a ser muy parecidos si no idénticos a los puestos en práctica en las relaciones sociales y en la relación terapéutica.

Los mensajes paternos y maternos en cuanto a valores y orientación vital contribuyen a formar el ideal del yo del sujeto y es conveniente identificarlos en

la historia clínica, así como el posicionamiento del paciente hacia los mismos.

Los modos de relación con los iguales comienzan a establecerse de una manera más clara en la escuela, es importante pues el describir el funcionamiento social a este nivel a lo largo de sus diversas etapas y transiciones.

Otro aspecto fundamental a explorar es en la edad adulta, es su trayectoria laboral (trabajos desempeñados, rendimiento, finalización o no de los contratos, relación con jefes, iguales, subordinados...), las relaciones con su entorno familiar y de pareja así como el grado de dependencia/autonomía en el seno de las mismas.

Para obtener esta información entrevistaremos al paciente y a la familia. Si el paciente convive en el domicilio familiar, es importante que se describa el ambiente familiar, los roles y patrones conductuales habituales. Es interesante recoger lo que representa para los familiares el tener un miembro enfermo, dificultades que les genera el manejo, los cambios que se han introducido en la dinámica familiar así como temores y dudas que puedan presentar, en torno a la evolución, pronóstico y tratamiento. En la información y recomendaciones que se aporten a la familia hay que respetar la confidencialidad que el paciente considere precisa, salvo en casos excepcionales.

La recopilación de información sobre las redes sociales del paciente, la facilidad o dificultad y los métodos utilizados para establecerlas o desvincularse de ellas aportan información sobre los mecanismos relacionales del paciente. Todos estos datos permiten valorar si el entorno social o familiar van ser un elementos ayudadores u obstaculizadores en el tratamiento y si su actuación es de contención o desestabilización. Siendo por tanto relevantes para el pronóstico del tratamiento.

3. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PREVENCIÓN (tabla 2)

Un aspecto básico para desarrollar una labor preventiva y de adecuada gestión de los recursos es el mantener un registro epidemiológico informatizado, con el diagnóstico y las variables sociodemográficas básicas de todos los pacientes tratados en el área

de salud. Este registro, que se debe introducir en algún momento de la realización de la historia clínica, facilita la evaluación de las necesidades en salud mental de una población y permite establecer los recursos necesarios para hacerlas frente incluyendo los medios adecuados para establecer programas de atención, prevención y promoción.

Tabla 2. Información útil para plantear actuaciones preventivas

<p>Prevención primaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Antecedentes familiares y factores de riesgo físico y psíquico. ■ Conocimientos sobre la enfermedad y de autocuidados.
<p>Prevención secundaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Recogida de síntomas prodrómicos. ■ Identificación de posibles síntomas psicóticos subumbrales. ■ Identificación de grupos de riesgo.
<p>Prevención terciaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Recogida de posible sintomatología deficitaria. ■ Recogida de patrones de recaída si han existido. ■ Evaluación de factores de riesgo y protección frente a las crisis.

La labor preventiva se realiza en los siguientes niveles:

3.1. PREVENCIÓN PRIMARIA

Incluye las actividades y programas encaminados a reducir la frecuencia en la comunidad de los trastornos mentales de todo tipo. Debido a los múltiples factores que influyen en la aparición de enfermedades mentales, este tipo de prevención es complicada para llevarse a cabo de forma concreta en los dispositivos de salud mental, aunque es posible realizar alguna intervención en un nivel modesto.

En lo que refiere a la historia clínica, interesa detallar los antecedentes familiares de la manera más precisa posible en relación a la presencia de enfermedades mentales con riesgo de transmisión genética, para poder llevar a cabo un adecuado consejo genético, si éste fuera preciso.

La identificación de factores ambientales de riesgo, tanto para padecer enfermedades mentales como físicas (habrá que recoger datos sobre obesidad, dislipemias, HTA, diabetes, enfermedad cardiovascular y cáncer tanto del paciente como de los familiares de primer grado) También es importante la detección de pobres niveles de conocimientos sobre la enfermedad mental y autocuidados físicos, pueden permitir el estructurar programas preventivos, de índole educativa que reduzcan el riesgo de aparición de la enfermedad.

3.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA

La prevención secundaria tiene como objeto disminuir la proporción de casos establecidos del trastorno en la población (prevalencia) a través de la detección y tratamiento temprano de enfermedades diagnosticables.

En la historia clínica, es importante el conocer y recoger las manifestaciones prodrómicas de las enfermedades mentales más graves y de las físicas más frecuentes en estos pacientes. En este sentido se están empezando a desarrollar programas de intervención temprana para identificar personas con estados mentales de alto riesgo de psicosis. Estos grupos suelen pertenecer a edades de riesgo (pacientes jóvenes). Datos importantes a recoger en este sentido es el prestar atención a síntomas positivos subumbrales; antecedentes familiares de primer grado de psicosis más deterioro del funcionamiento del sujeto en el último año, la presencia de síntomas psicóticos breves intermitentes y autolimitados. Para las intervenciones sobre las enfermedades físicas se deberán seguir las normas sobre monitorización de la salud física descritas en el capítulo 64, así como las indicadas en determinados tratamientos farmacológicos.

3.3. PREVENCIÓN TERCIARIA

La prevención terciaria tiene como objetivo reducir el deterioro ocasionado por la enfermedad mental incluyendo intervenciones encaminadas a la reducción de la discapacidad, mejora de la rehabilitación y prevención de recaídas y recurrencias de la enfermedad mental y de las posibles enfermedades físicas comórbidas, especialmente en los pacientes con trastornos mentales graves. En este sentido la recogida exhaustiva de la sintomatología deficitaria desde las primeras entrevistas permite una derivación precoz a los dispositivos de rehabilitación, siendo



este uno de los factores que más influyen a la hora de obtener los mejores resultados.

También importante reconocer el patrón de comienzo de las crisis dado que en general las medidas terapéuticas son mucho más eficaces en el inicio de la descompensación. En la historia clínica es fundamental establecer el patrón habitual de recaídas, con recogida de los síntomas prodrómicos particulares y concretos del paciente en anteriores episodios, los factores desencadenantes y protectores y el patrón de cumplimiento terapéutico habitual. También es importante comprobar si el paciente conoce los cauces precisos de solicitud de ayuda en los dispositivos adecuados cuando perciba el riesgo de descompensarse.

4. LA EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE REHABILITACIÓN

Se objetiva mediante la recogida de información en torno a la capacidad de funcionamiento del paciente en las tareas y roles que desempeñan habitualmente en su vida cotidiana y su adaptación a los distintos niveles de exigencia que aparecen en su entorno vital. La evaluación suele medir dos aspectos: grado de autonomía/dependencia y grado de desarrollo de competencias.

Las áreas que se deben explorar pueden recogerse en diversos epígrafes de la historia clínica, pero si se valora la necesidad de establecer un plan rehabilitador es interesante tener claro una idea de conjunto sobre las áreas sobre las que es conveniente recabar información para poder agruparlas. Estas áreas a valorar incluyen:

4.1. LAS CAPACIDADES COGNITIVAS GLOBALES DEL PACIENTE

Memoria, lenguaje, expresividad, capacidad empática, grado de introspección...

4.2. VALORACIÓN DE CAPACIDADES DE AUTONOMÍA BÁSICA

Capacidad de autocuidado, valoración de autogestión de la medicación, patrón de dieta alimentaria habitual, de la capacidad de desempeñar tareas domésticas, del uso de transporte público, de recursos administrativos y sanitarios, valoración del uso del dinero.

4.3 VALORACIÓN DE CAPACIDAD DE PLANIFICACIÓN

Capacidad de organización y estructuración de horarios.

4.4. VALORACIÓN GENERAL DE DE HABILIDADES SOCIALES

Nivel de capacidad para iniciar y mantener relaciones sociales, capacidades de desempeño de los distintos roles sociales (de pareja, paternas, filiales...).

4.5. VALORACIÓN DE USO DE RECURSOS DE OCIO TANTO A NIVEL INDIVIDUAL COMO COMUNITARIO

4.6. VALORACIÓN DE CAPACIDAD DE APRENDIZAJE Y DE RECURSOS HABITUALES DE EXPRESIÓN ESCRITA Y LECTURA COMPRESIVA

4.7. VALORACIÓN DE CAPACIDAD DE CONTENCIÓN EMOCIONAL

Explorar la capacidad del paciente para responder a situaciones estresantes y su desempeño habitual para contener emociones negativas como la ira y la disforia.

4.8. VALORACIÓN DE SUS CONOCIMIENTOS

En torno a sus síntomas, en cuanto la medicación y a los procedimientos básicos de demanda de apoyo en situación de crisis.

Si se quiere recabar esta información de una forma estructurada se pueden utilizar instrumentos de evaluación estandarizados, entre los que cabe destacar la Escala de Evaluación de Necesidades de Camberwell por ser una de las más utilizadas universalmente.

5. LA INTERVENCIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA DESDE UNA PERSPECTIVA MULTIPROFESIONAL

Una herramienta fundamental en la atención comunitaria es el abordaje multiprofesional conjunto con otros profesionales relacionados directa o in-

directamente con en el campo de la salud mental (enfermería, servicios sociales, educadores, agencia antidroga...). Cuando se hace preciso este tipo de intervenciones la historia clínica puede recibir aportes en cuanto a informes complementarios por parte de estos profesionales, que aportan una imagen de la situación del paciente más rica y precisa.

Es frecuente la presencia en la historia clínica de las aportaciones por parte de la enfermería de salud mental. La evaluación por parte de enfermería, generalmente protocolizada, define problemas o diagnósticos de enfermería, sobre los cuales la enfermera puede actuar de forma autónoma.

La valoración por parte de la trabajadora social de salud mental, se centra principalmente, en la valoración de las necesidades económicas (procedencia y cuantía de los ingresos), nivel educativo, características del domicilio, valoración de las características de la familia, del uso de recursos de ocio y la evaluación de las redes sociales del paciente. Un aporte fundamental es la información que puede obtener en las visitas domiciliarias.

6. ASPECTOS CULTURALES

La sociedad actual se caracteriza por una heterogeneidad cultural, étnica, religiosa. En nuestra práctica psiquiátrica nos vemos obligados cada vez más a evaluar pacientes de distinta procedencia geográfica y cultural. La evaluación de los aspectos culturales se realizará evaluando dos grandes áreas:

- Formulación cultural del caso.
- Evaluación del proceso de inmigración e integración.

6.1. FORMULACIÓN CULTURAL DEL CASO

La relevancia de la multiculturalidad en Estados Unidos, ha determinado que en su clasificación de enfermedades mentales (DSM IV-TR) se incluya un apartado dedicado a realizar la formulación cultural de los casos psiquiátricos. De todos los elementos diagnósticos del DSM, éste es uno de los menos conocidos y utilizados en la práctica clínica habitual y también uno de los de más complicada aplicación. La formulación cultural, según el DSM IV-TR, permite la revisión sistemática del conocimiento cultural del

individuo, el papel del contexto cultural en la expresión y evaluación de los síntomas y disfunciones, y el efecto que las diferencias culturales puedan tener en la relación entre el individuo y el clínico. Para realizar dicha formulación es preciso recoger en la historia clínica una serie de aspectos relevantes como son:

6.1.1. Identidad cultural

Incluye la información en la que se identifican los grupos de referencia étnica y cultural a los que el paciente se auto asigna y es asignado por parte de la sociedad que le acoge. Dos de los aspectos más importantes de la identidad cultural son el idioma y la religión. Otros matices de interés tendrían que ver con el género, la edad y el nivel socioeconómico, teniendo en cuenta su repercusión en relación su cultura de origen. Evidentemente el hecho de ser hombre o mujer no tiene el mismo significado en una cultura u otra.

Es importante dentro de la identidad cultural determinar el grado de integración o rechazo tanto con la cultura de origen como con la cultura de referencia actual.

6.1.2. Explicaciones culturales de la enfermedad

Cada cultura desarrolla modelos explicativos del enfermar diferentes. Si bien en las sociedades occidentales dichos modelos tienden a homogeneizarse, en culturas menos permeables las manifestaciones del enfermar así como la forma demandar atención pueden ser muy diferentes a las habituales en nuestra práctica clínica.

Una aproximación, ya clásica, para la recogida de datos en este epígrafe es la serie de preguntas recomendadas por Kleinman:

- ¿Cómo se llama la enfermedad?
- ¿Qué la produjo?
- ¿Porqué empezó así?
- ¿Cómo actúa?
- ¿Cuál es el mejor tratamiento?
- ¿Cómo afecta en la vida diaria?
- ¿Qué es lo más temido o preocupante de la enfermedad?



6.1.3. Factores culturales relacionados con el entorno psicosocial y los niveles de funcionamiento

En este epígrafe se recogerían las valoraciones culturalmente relevantes del nivel de estrés, los apoyos socio familiares, y el nivel de actividad y discapacidad del paciente en su país de origen que, evidentemente, pueden no coincidir con la perspectiva valorativa de nuestra propia cultura.

El nivel de adaptación sociocultural del paciente en el país de procedencia va a influir de un modo importante en las manifestaciones psicopatológicas de su enfermedad actual.

6.1.4. Valoración de elementos culturales en la relación médico-paciente

En la relación médico-paciente con el paciente inmigrante confluirán una serie de expectativas por ambas partes. Es importante recoger las expectativas que tiene el paciente desde su propia cultura en cuanto al rol de sanador o ayudador que vamos a ejercer. Por contra a la hora de recoger la información por parte del clínico el ser consciente de los estereotipos y juicios previos con los que tendemos a categorizar las diferentes culturas y que pueden sesgar la recogida de datos.

En la historia deberían quedar reflejadas las posibles lagunas de información derivadas de dificultades idiomáticas, de comprensión de los esquemas culturales, de la falta de información o del desconocimiento de

la manera de manifestarse la patología en una cultura concreta.

6.1.5. Evaluación cultural global

Una vez recogidos los elementos expuestos previamente se debería plantear en la historia una formulación global en la que se integren todos los aspectos jerarquizando su relevancia e importancia en cuanto al diagnóstico y tratamiento.

6.2. EVALUACIÓN DEL PROCESO DE INMIGRACIÓN E INTEGRACIÓN

6.2.1. Proceso de inmigración

Preguntar el motivo de salida de su país, su estatus social, enumerar los familiares que deja en su país y los que le acompañan, transcurso del viaje (regulado o de manera ilegal, duración, valoración de experiencias traumáticas durante el mismo...), expectativas y objetivos que le impulsaron a realizarlo, situación en la que se encuentra en el país actual a nivel sociolaboral.

6.2.2. Proceso de integración

Si se encuentra aislado o convive con gente de su cultura, posibles dificultades para adaptarse a la sociedad que le acoge, capacidad para aprender el idioma si es diferente, si ha padecido situaciones de discriminación y como se han resuelto, si mantiene sus costumbres (alimentación, religión...).

↑ RECOMENDACIONES CLAVE

Cuanto más perspectivas diferentes se apliquen en la recopilación y estructuración de la información de la historia clínica más rico será su potencial diagnóstico y de planteamientos terapéuticos.

Los síntomas deficitarios a veces no se refieren de forma espontánea, por tanto es bueno recogerlos de forma estandarizada.

La psiquiatría es una especialidad en la que hay que manejarse en muchas ocasiones con diagnósticos imprecisos y provisionales. El tratamiento de pacientes pertenecientes a otras culturas es un buen ejemplo de ello. En muchas ocasiones tendremos que reconocer explícitamente las limitaciones de nuestra capacidad diagnóstica y dentro de ello elegir las medidas terapéuticas más razonables.

7. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Monsalve M. Psiquiatría comunitaria. En: López Ibor JJ (ed.). *Imágenes de la psiquiatría española*. 1ª ed. Barcelona: Ed. Glosa. 2004:585-602.

Fernández Liria A, Monsalve M, Laculat LL. Prevención y promoción en salud mental. En: Palomo T, Jiménez - Arriero MA (eds.). *Manual de psiquiatría*. 1ª ed. Madrid: Ed. Ene Life. 2009:701-710.

García- Campado J. Psiquiatría y migración. En: Palomo T, Jiménez-Arriero MA (eds.). *Manual de psiquiatría*. 1ª ed. Madrid: Ed. Ene Life. 2009:695-700.

Gilbert C (ed.). *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Estudios 28. 1ª ed. Madrid: Ed. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2009.

Guía para la formulación cultural y glosario de síndromes dependientes de la cultura. En: DSM IV-TR. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. American Psychiatric Association. 1ª ed. Ed. Masson. 2008:1003-1008.

8. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

World Health Organization. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Geneva. WHO. 2004.

Navarro S. *Redes sociales y construcción comunitaria*. 1ª ed. Madrid: Ed. CSS. 2004.

Fornes J. *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica*. 1ª ed. Barcelona: Ed. Médica Panamericana. 2005:9-11.

Guimón J. *Salud Mental Relacional: concepto, etiología y diagnóstico*. 1ª ed. Bilbao: Ed. Core academics. 2002.

Pérez P. *Psicología y psiquiatría transcultural: bases prácticas para la acción*. 1ª ed. Bilbao: Ed. Desclee de Brouwer. 2004.





90. DISEÑO DE INTERVENCIONES MULTIDISCIPLINARES



Autores: Bernardo Casanova Peña, María Henar Arranz García, Inmaculada Asensio Moreno y Caridad Benavides Martínez

Tutor: José Luís Ruiz Robles

Complejo Asistencial de Segovia. Segovia

CONCEPTOS ESENCIALES

Terapia asertiva comunitaria	<p>Se corresponde con un modelo de soporte completo e intensivo del trastorno mental grave en el seno de la comunidad. Se lleva a cabo un trabajo en equipo multidisciplinar que tiene como objetivo apoyar a los enfermos y a sus familias en su propio entorno.</p> <p>Los pacientes atendidos por un equipo de terapia asertiva comunitaria mejoran el cumplimiento y adherencia terapéuticos, ingresan menos y con ingresos más breves, consiguen empleo y vivienda con más facilidad y muestran, junto con sus familiares, mayor satisfacción por los servicios recibidos.</p>
Gestión de casos	<p>El objetivo es atender a personas con trastornos mentales graves y persistentes, garantizando la accesibilidad y continuidad de cuidados.</p>
Comisiones sociosanitarias	<p>Actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar la autonomía, paliar las limitaciones o sufrimientos y facilitar la reinserción social de los pacientes con enfermedad mental.</p>

1. TERAPIA ASERTIVA COMUNITARIA

La reforma psiquiátrica española se oficializa en 1986 con la Ley General de Sanidad. De una atención centralizada en los hospitales psiquiátricos se pasa a un modelo centrado en los servicios comunitarios. Es un proceso dinámico que continúa veinticinco años después. Nos preguntamos que podemos hacer por el paciente con trastorno mental grave (TMG), si es posible atenderlo en la comunidad y si recibe beneficios de esta atención, como una disminución en los ingresos o las tasas de suicidios, o más sencillamente, si podemos mejorar su calidad de vida y la de sus familiares. Estos problemas se han abordado desde distintos puntos de vista o con diferentes programas de actuación

como el “modelo de agente”, en el que se pone en contacto al paciente con los recursos pero sin atenderle directamente, el “modelo rehabilitador”, centrado en los déficits personales y el modo de superarlos o el “modelo de crecimiento personal”, centrado en la potenciación de las habilidades ya presentes en los pacientes. Los modelos citados podrían englobarse en el concepto de “case management”. Otra opción es la Terapia Asertiva Comunitario (TAC), que se correspondería con un “modelo de soporte completo o intensivo”. Surge en 1973, en respuesta al manejo de una serie de pacientes “hiperfrecuentadores”, con alta demanda y uso de servicios hospitalarios y de urgencias y al mismo tiempo incumplidor, en el hospital público de Madison en Wisconsin. Un artículo publicado en 1980



por Stein y Test se considera la base o el germen de la difusión a nivel mundial de la TAC.

↑ En la TAC se presta de forma directa un conjunto completo de servicios a personas diagnosticadas de TMG en el seno de la comunidad. El término “asertivo” alude a los derechos y obligaciones de los pacientes en la comunidad, pero sobre todo al carácter “proactivo” del programa.

En la TAC se lleva a cabo un trabajo en equipo multidisciplinar (psiquiatras, psicólogos, enfermeras, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, auxiliares de enfermería, expertos en adicciones...) dirigido por un líder o responsable. Se ofrecen los servicios en diversos ámbitos tales como consultas, hogar del paciente, su lugar de trabajo, etc, dependiendo de las necesidades. El trabajar con un número de pacientes reducidos posibilita un tratamiento personalizado. Teóricamente el servicio se ofrece a tiempo completo, sin limitaciones de horario. Los objetivos son apoyar a los enfermos y a sus familias en su propio entorno, garantizar la continuidad de cuidados, prevenir recaídas y reingresos, facilitar la intervención en crisis, evitar la exclusión social y facilitar su inserción, velar por los derechos de las personas con TMG, conseguir la máxima autonomía del paciente, potenciar sus capacidades y logros. Stein remarca que el propósito de la TAC es mantener un contacto regular y frecuente para monitorizar la situación clínica para suministrar tratamiento efectivo y rehabilitación. Como ejemplos de áreas de actuación podemos citar la asistencia profesional de psiquiatras, psicólogos y enfermeras, el aseo personal y los hábitos saludables, la vivienda, el manejo social, la orientación sociocultural, las actividades de ocio y de tiempo libre, la automedicación, el asesoramiento y la psicoeducación a la familia, la integración social y la rehabilitación laboral.

↑ Los pacientes atendidos por un Equipo de Terapia Asertiva Comunitaria (ETAC) mejoran el cumplimiento y adherencia terapéuticos, ingresan menos y con ingresos más breves, consiguen empleo con más facilidad, así como vivienda. Muestran, junto con sus familiares, mayor satisfacción por los servicios recibidos. Sin embargo no ha podido constatarse mejoría en cuanto a los síntomas negativos ni en el funcionamiento social en relación a pacientes tratados mediante seguimiento habitual (aunque hay que

recordar que estos no son objetivos principales de la TAC). Por otra parte, la interrupción del programa lleva a una desaparición de los beneficios obtenidos.

Otros problemas detectados en la aplicación práctica de los programas de TAC (PTAC) son: a) la posibilidad de caer en un excesivo paternalismo que vulnere la autonomía del paciente, precisamente como consecuencia de la “asertividad” o “proactividad”; b) excesiva preocupación por los problemas materiales de los pacientes, olvidando la subjetividad y relegando las psicoterapias; c) riesgo de *burn out* de los profesionales ante expectativas infundadas, falta de medios o excesiva dependencia del voluntarismo; y d) dependencia de la voluntad cambiante de los gestores.

➡ La obtención de buenos resultados con la TAC requiere un equipo multidisciplinar que ofrezca cuidados médicos y psicológicos con manejo continuo de la medicación, cuidados de enfermería y apoyo de trabajadores sociales; el ETAC debe poder indicar ingresos en unidades de agudos y participar en el proceso de alta; el número de pacientes incluidos en el programa debe ser limitado y reducido en relación al número de profesionales; debe priorizar el trabajo fuera de los despachos; debe mantener frecuentes reuniones de trabajo y llevar a cabo una planificación conjunta.

En el momento actual estamos asistiendo en España al despegue de medidas de atención al paciente con TMG. La TAC podría ser una alternativa útil para la atención a estos pacientes, que en muchos lugares están siendo atendidos en Centros de Salud Mental (CSM) masificados y donde más que equipos hay “agrupación” de profesionales. El ETAC debe tener su situación en la red de servicios de salud mental. Podríamos considerar que se nutre de derivaciones desde el CSM de pacientes bien identificados y a su vez nutre a los dispositivos rehabilitadores cuando el tratamiento en la comunidad no es posible.

En la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS) del Ministerio de Sanidad y Consumo de España aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS el 11 de diciembre de 2006 podemos encontrar algunas alusiones a la TAC. Nombramos los “principios básicos del modelo comunitario de atención”, que son: autonomía, continuidad, ac-

cesibilidad, comprensividad, equidad, recuperación personal, responsabilización y calidad.

Define la continuidad como “la capacidad de la red asistencial para proporcionar tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo, ininterrumpidamente a lo largo de la vida (continuidad longitudinal) y coherentemente, entre los servicios que la componen (continuidad transversal)”.

➡ En el mismo capítulo se considera como un factor para conseguir resultados positivos el “funcionamiento asertivo y proactivo en busca de la necesidad, no mera atención a demanda”.

En las recomendaciones finales se hace mención a la bondad de “formas organizativas orientadas a mejorar la continuidad de la asistencia de las personas con TMG, reducir el número de hospitalizaciones y mejorar su funcionamiento social y calidad de vida. Se proponen dos modelos de referencia: el Tratamiento Asertivo Comunitario y los Programas de Continuidad de Cuidados”.

⬆ Cuando se habla de la situación actual en España se dice: “es muy llamativo que no se haya generalizado el uso de formas de organización asistencial para asegurar la continuidad de cuidados en la atención a los TMG, como el tratamiento asertivo comunitario, que han recibido un soporte experimental muy sólido por su eficacia y coste-efectividad”.

Curiosamente y en otro sentido, en el mismo documento, al tratar de la justificación de la atención a los trastornos mentales, se realiza una observación que no se puede dejar de citar: “la excesiva especialización en equipos y/o dispositivos de salud mental puede fragmentar la compleja y extensa red de servicios que ésta requiere por lo que parece recomendable limitar su desarrollo”.

2. GESTIÓN DE CASOS

Los modelos de gestión de casos (*case management*) para los trastornos mentales se inician en EE.UU. hace más de veinte años. Su objetivo es atender a personas con TMG y persistentes, garantizando la accesibilidad y continuidad de cuidados.

⬆ Existen diferentes sistemas organizativos para la gestión de casos. El modelo de gestión de casos

administrativo es el que históricamente surge primero. En él, el gestor de casos (*case manager*) sencillamente contrata los servicios que ha de utilizar el usuario. Posteriormente surge el TAC, consistente en un equipo multidisciplinar que realiza todo el tratamiento de los usuarios en la comunidad y que sustituye a los centros de salud mental para la población atendida. Posteriormente aparece el tratamiento intensivo comunitario (TIC). Este modelo lo llevan a cabo profesionales diplomados universitarios que hacen gestión de casos incorporando elementos clínicos y que están en contacto directo con los usuarios. En este último modelo, los gestores de casos se apoyan en los servicios asistenciales existentes para el tratamiento de las personas atendidas.

Actualmente, los modelos de gestión de casos están implantados en muchos países europeos, entre ellos el Reino Unido, Holanda, Australia y Alemania.

⬆ Desde los primeros estudios de Test y Stein, muchos de los programas han incluido su evaluación. La mayoría de los trabajos concluyen que estos modelos son efectivos para mejorar la calidad de vida de las personas que atienden.

La revisión de la literatura publicada durante los últimos cinco años, realizada por los autores, nos indica que los beneficios de la gestión de casos se muestran en diversas áreas:

- Reducción de la gravedad, de la duración y número de hospitalizaciones.
- Mejora del acceso a los dispositivos comunitarios de atención psiquiátrica y social.
- Aumento de las necesidades cubiertas.
- Aumento de la satisfacción con los servicios, tanto de los usuarios como de las familias.
- Mejor funcionamiento social, entendido como mejor adaptación y un aumento de las redes de apoyo social a las personas atendidas.
- Reducción de las interrupciones del tratamiento.
- Reducción de los costes sanitarios.
- Mejora de la calidad de vida percibida.

Según Kanter, encontramos varios modelos de *case management*:



- Modelo de cuidados de mantenimiento: garantiza, mediante un acompañamiento, los cuidados necesarios de alojamiento, medicación, alimentación, citas con los servicios psiquiátricos, etc.; orientados a la cura y más propios de una institución. Supone una externalización de los cuidados.
- Modelo de agencia de servicios. Corretaje: responde a un modelo de coordinación de servicios en el ámbito administrativo. Se coordina la intervención de agencias y profesionales y es más propio de empresas privadas.
- Modelo clínico: añade a los anteriores la idea del gestor como clave del proceso rehabilitador y terapéutico. Es un modelo más asertivo que los dos anteriores.
- Modelo intensivo: similar con la diferencia de una menor proporción de pacientes por profesional (1/10), lo que permite un seguimiento mayor.

2.1. GESTIÓN DE CASOS POR TUTORÍAS

Definición de tutoría (Torrey): “programa en el campo de la salud mental donde la persona o equipo que lo desarrolla es el responsable de proporcionar al paciente la ayuda necesaria para que pueda optar, con la información suficiente sobre los servicios y oportunidades que se le brindan, a la misma, proveyéndole el apoyo para las actividades de autoayuda y coordinando todos los servicios para poder satisfacer los objetivos del paciente”.

Es un modelo de trabajo (Torrey E. F., 1986) puesto en práctica en salud mental comunitaria y desempeñado por diferentes profesionales que garantiza la toma a cargo del paciente y su acompañamiento durante el proceso de rehabilitación o recuperación hacia una mayor autonomía.

➡ El tutor o gestor de casos, en colaboración con el terapeuta, debe proporcionar al paciente toda la información necesaria, suficiente y útil sobre servicios, recursos, tratamientos y oportunidades.

2.2. OBJETIVOS EN EL DESEMPEÑO DE LA FUNCIÓN DEL TUTOR

- Mejorar la calidad asistencial y el grado de satisfacción en los pacientes y familia incluidos en el programa.
- Ayudar al paciente a tomar decisiones y a responsabilizarse de ellas, para que sea él mismo el autor de su propia vida (independencia y autonomía).
- Optimizar la utilización de los recursos sanitarios y sociales. Ayudar al paciente a utilizar diferentes recursos comunitarios, a los que tenga derecho y puedan serle útiles, ya que en ocasiones no accede debido a la complejidad de la oferta o a las dificultades de acceso al mismo.
- Ayudar al paciente a conseguir la mayor autonomía e independencia del paciente, teniendo en cuenta su necesidad de apoyo, sus capacidades y sus límites. Potenciar las capacidades conservadas, trabajando desde los aspectos sanos, facilitando el desarrollo de los recursos naturales del paciente.
- Ayudar al paciente a desarrollar actividades básicas de la vida diaria.
- Fomentar la participación comunitaria y el asociacionismo.
- Coordinación con la red comunitaria.
- Proveer asistencia al cliente que necesite acceso al apropiado servicio de salud.
- Proporcionar ayuda práctica en lugar de hacer “grandes terapias”.
- Intervención en crisis siempre que sea necesario.
- Proporcionar al paciente una mayor calidad de vida.
- Prevenir y evitar recaídas.
- Procurar la adaptación y/o recuperación de la enfermedad.
- Promover la tolerancia y la aceptación de la persona en la comunidad. Mejorar la imagen social de las personas con enfermedad mental o problemas de dependencia para facilitar el acceso de este tipo de pacientes a los recursos existentes en igualdad de condiciones que el resto de la población.
- Lograr que el paciente se responsabilice de su enfermedad y en la continuidad del tratamiento.
- Establecer mecanismos de colaboración y apoyo a la familia que favorezcan su implicación en el proceso rehabilitador del paciente.

2.3. GESTIÓN DE CASOS DESDE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

Esta estrategia centrada en el desarrollo de la enfermera de enlace comunitaria, como enfermera gestora de casos, ha sido avalada internacionalmente por diferentes informes procedentes de diferentes centros de evidencia como la NHS Economic Evaluation Database, la Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness y la Cochrane Database of Systematic Reviews.

Acorde con el centro de acreditación de enfermeras de América, la gestión de casos debe entenderse como “un proceso de colaboración sistemático y dinámico para proveer y coordinar servicios sanitarios a una población determinada, es decir, un proceso participativo para facilitar opciones y servicios que cubran las necesidades del paciente, al mismo tiempo que reduce la fragmentación y duplicación de servicios, mejorando la calidad y costo-efectividad de los resultados clínicos”. La gestión de casos realizada por la enfermera comprende dos áreas de trabajo fundamentales. La primera de ellas se asocia a los usuarios, tanto paciente como familia, y se centra en la mejora del estado funcional y de salud y el acceso a los servicios sanitarios.

La gestión de casos se presenta básicamente con dos variantes dependiendo del entorno donde se preste el servicio. Bien podrá estar centrado en personas que sufren un episodio agudo en el medio hospitalario, o bien podrá estarlo en la gestión de la continuidad asistencial de cuidados para personas con episodios crónicos en la comunidad. Existe un número determinado de funciones comunes para el desempeño del rol de enfermera de enlace comunitaria:

- Captación activa de la población diana.
- Valoración integral individualizada.
- Planificación asistencial e identificación de recursos.
- Enlace de pacientes con los servicios necesitados.
- Coordinación del servicio.
- Monitorización del servicio prestado.

3. COMISIONES SOCIO SANITARIAS DE ÁREA

3.1. CONTEXTO LEGAL SANITARIO

La Ley 16/ 2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, viene a marcar un antes y un después dentro del sistema sanitario, definiendo en su artículo 14, la prestación de atención socio sanitaria como “el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”. A su vez especifica, que “en el ámbito sanitario, la atención socio sanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable. Y amplía haciendo referencia a la coordinación intersectorial: la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas.

3.2. ¿QUÉ SON LAS COMISIONES SOCIO SANITARIAS (CSS)?

Se trata de órganos institucionales de valoración, asignación de recursos, planificación y seguimiento de los programas de atención a personas con enfermedades mentales que, en un ámbito geográfico determinado, procurará una intervención integrada de los servicios sociales y sanitarios.

Entendemos por programas socio sanitarios, aquellos que se caracterizan por crear una red específica de servicios socio sanitarios, se dirigen a toda la población con necesidades socio sanitarias, y su orientación dominante es en unos casos sanitaria (Cataluña, Castilla y León y Valencia), en otros social (País Vasco) y en otros mixta (Galicia y Cantabria).

3.3. ¿CUÁLES SON SUS OBJETIVOS?

- Ofrecer atención integral a personas con enfermedades mentales en su ámbito territorial



y proporcionar recursos sociales y sanitarios adecuados a sus estados de necesidad.

- Contribuir a optimizar la utilización de recursos sociosanitarios del área mediante su correcta sectorización, distribución y coordinación.
- Favorecer la permanencia de estos pacientes en su entorno habitual, mediante el desarrollo de un sistema progresivo de cuidados comunitarios que tienda a evitar la institucionalización innecesaria.
- Garantizar la continuidad del plan de cuidados y de tratamiento prescrito.
- Mejorar la cualificación de los profesionales implicados a través del acceso a las acciones formativas de ambos sectores, así como el desarrollo de líneas comunes de investigación.
- Promover la colaboración de organizaciones sin ánimo de lucro y de todas las redes informales que estén implicadas en la atención de los pacientes psiquiátricos del área, así como la iniciativa privada.

3.3.1. Además los objetivos se pueden dividir en:

Individuales: gestión de casos, tipificación de pacientes, valoración y asignación de recursos, seguimiento y evaluación. Es un modelo de cuidados centrado en el paciente, evaluado por un equipo multidisciplinario, con criterios de admisibilidad y continuidad.

Comunitarios:

- Estudio de necesidades y recursos sociosanitarios del área.
- Establecimiento de poblaciones diana de intervención comunitaria.
- Diseño de protocolos de derivación interservicios.
- Establecimiento de criterios de utilización de servicios.
- Acciones formativas e informativas dirigidas tanto a familia y a otros cuidadores informales, como a los profesionales sociosanitarios del área.
- Diseño y elaboración conjunta de programas preventivos y rehabilitados.

3.4. ¿QUIÉN COMPONE LAS CSS?

Varía en función de la comunidad autónoma, pero en principio, debe constar de:

- Representantes de los servicios sanitarios de atención primaria y de atención especializada.
- Representantes de los servicios sociales (administración autonómica o local); servicios comunitarios y servicios institucionales.
- Representación de las ONG, organizaciones y voluntarios, y de la iniciativa privada existente en el área.

Además deberá tenerse en cuenta que: el tamaño óptimo de las comisiones no debe exceder de doce a quince miembros. Esto a veces es imposible en áreas grandes con muchos ayuntamientos o con una amplia dotación de servicios sociales y sanitarios. La experiencia ha demostrado que en esos casos es más operativo formar comisiones sociosanitarias de distrito más pequeños, y tratar de agrupar varios ayuntamientos con características similares o zona rural, semiurbana y urbana. Éstos dependen de las comisiones sociosanitarias del área pero en realidad están más cerca de la realidad en cuanto a la distribución de recursos.

El perfil de los profesionales que participan en estas comisiones de área o de distrito es de líderes en materia de coordinación, capacidad de decisión propia o delegada para la asignación de recursos, habilidad de comunicación, negociación y mediación y con una visión integral de las necesidades sociosanitarias de los enfermos mentales u otros grupos.

La experiencia demuestra que es fundamental que todos los acuerdos tomados en las comisiones sean transmitidos a los profesionales de base, para garantizar su cumplimiento y detectar las dificultades y nuevas demandas. Cada comisión de área establece su estrategia de funcionamiento en cuanto a frecuencia de reuniones, liderazgo, coordinación alternativa y asignación de tareas. Habitualmente, la frecuencia de reuniones suele ser quincenal o mensual, y la coordinación de éstas cambia bi o trimestralmente, entre las instituciones y niveles implicados.

3.5. DISEÑO DE LAS COMISIONES SOCIOSANITARIAS

Los primeros pasos al constituir las comisiones sociosanitarias son:

- Conocer las necesidades sociales y de salud de los pacientes del área.
- Conocer los recursos sociales y sanitarios del área, incluido el voluntariado.
- Establecer circuitos de derivación especificando responsables en cada nivel de atención, procedimientos, normas de acceso y derivación.
- Diseñar un instrumento común de valoración de los casos, que incluya una evaluación clínica, funcional, mental y social. Definir los cuidados de enfermería que precisen que sirve para la asignación de recursos sociosanitarios, la ubicación adecuada del paciente y como instrumento de comunicación entre los profesionales. En este sentido, ya hay áreas donde se han diseñado instrumentos como por ejemplo la hoja de comunicaciones sociosanitarias, que incluye una valoración clínica, funcional, mental y social.

3.6. VALORACIÓN DE LAS COMISIONES SOCIO-SANITARIAS DE ÁREA

De la valoración del funcionamiento de las comisiones sociosanitarias existentes desde 1944 hasta la actualidad se podrían resumir en los siguientes puntos, que podrían servir como aspectos metodológicos básicos para su implantación y correcto desarrollo:

- La implantación de modelos de coordinación sociosanitaria exige decisiones de los responsables plasmadas en marcos legales que impliquen cambios de gestión y financiación.
- El modelo de coordinación sociosanitario descrito es viable y posible, y supone una metodología de trabajo interdisciplinaria que conlleva cambios culturales en la manera de afrontar

la intervención con enfermos psiquiátricos, y grandes discapacitados.

- Las CSS de área se configuran como el órgano apropiado de entendimiento y negociación interinstitucional. Así mismo, ocupan el espacio sociosanitario que aborda la resolución de problemas complejos para la atención de estas personas.
- La formación conjunta de los profesionales sociales y sanitarios a través de talleres específicos de coordinación sociosanitaria ha sido una pieza estratégica clave para impulsar y generalizar el desarrollo de la experiencia.
- Se ha agilizado el acceso a los servicios sociales y al hospital, en aquellos casos en que se han considerado necesarios.
- Los servicios de atención domiciliar social y sanitaria se estiman de máxima importancia en el desarrollo de estas experiencias ya que condicionan la permanencia de los pacientes en su entorno habitual y por tanto deberían ser objeto prioritario de atención y desarrollo.

La integración de la perspectiva social y sanitaria en la evaluación de las necesidades y la fijación de los planes individuales de atención mejorará la eficiencia de las actuaciones. Si sólo se evaluaran las necesidades sociales lo más probable es que sólo se prescribiesen los servicios, actuaciones o dispositivos que conforman el sector de la atención social, al igual que si las necesidades sólo se valorasen desde el punto de vista médico, lo más probable es que sólo se prescribieran servicios, actuaciones o tratamientos sanitarios, cuando cabe la posibilidad de que lo que el usuario realmente necesite sea una adecuada combinación de unos y otros.



RECOMENDACIONES CLAVE

Las intervenciones multidisciplinares requieren de un diseño estratégico del caso en estudio.

Es aconsejable antes de actuar, coordinarse con el resto de dispositivos a disposición del psiquiatra.

La comunicación y una buena planificación, son la base del éxito de cualquier intervención multidisciplinar.

4. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Balsera Gómez J et al. La implantación y evaluación del modelo de gestión de casos en Cataluña: el programa PSI-TMS. *Actas españolas de Psiquiatría* 2002;30(6):350-357.

Marshall M, Lockwood A. Tratamiento asertivo en la comunidad para las personas con desórdenes mentales severos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005. Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.updatesoftware.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2005. Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Martínez-Jambrina JJ, Peñuelas-Carnicero E. Tratamiento Asertivo Comunitario: el modelo Avilés. *Archivos de Psiquiatría*. 2007;70(2):77-82.

Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry*. 1980 Apr;37(4):392-7.

Tratamiento Comunitario Asertivo. Hernández Monsalve M. II Congreso Ibérico de Rehabilitación en Salud Mental. Noviembre, 2003.

5. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Test MA, Stein LI. Alternative to mental hospital treatment. III. Social cost. *Arch Gen Psychiatry*. 1980 Apr;37(4):409-12.

Marks et al. Home based versus hospital based care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry*. 1994;165:179-94.

Weisbrod BA, Test MA, Stein LI. Alternative to mental hospital treatment. II. Economic benefit-cost analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 1980 Apr;37(4):400-5.



91. PSIQUIATRÍA COMUNITARIA. LA ATENCIÓN DOMICILIARIA



Autoras: Anna Juan Guillem y Marta Román Alonso
Tutor: Manuel Rodríguez de la Torre
Hospital Can Misses. Ibiza

CONCEPTOS ESENCIALES

Atención domiciliaria	Programa de salud que bajo un modelo multidisciplinario brinda una asistencia global al paciente con TMS y a su familia en el medio habitual del paciente.
Case manager/ Case management	Coordinador de cuidados/Programa de cuidados.
Tratamiento Asertivo Comunitaria	Equipo multidisciplinario que asume la responsabilidad del cuidado de un grupo definido de personas, con el objetivo de reducir el uso de servicios hospitalarios e incrementar la adherencia al tratamiento, así como la reintegración en la sociedad del paciente con TMS.

1. INTRODUCCIÓN

Las primeras referencias encontradas en la literatura en relación al tratamiento domiciliario señalan como experiencias tempranas las de la Comunidad de Gheel, en la Bélgica del siglo XIX, el seguimiento domiciliario de los auxiliares psiquiátricos en Cataluña a principios de siglo, o la tradición aún hoy vigente en países orientales, donde el cuidado del enfermo mental en casa es motivo de orgullo y de reconocimiento social.

➔ Tras la reforma psiquiátrica, se hizo necesario el desarrollo de Servicios de Salud Mental Comunitaria, que supusieran una alternativa para aquellos pacientes que la desinstitucionalización hizo salir de los hospitales. El modelo predominante en la estructura asistencial que se adquirió fue: estancias breves en unidades de hospitalización, seguimiento ambulatorio, hospital de día, centros de día, centros de rehabilitación psicosocial, y distintos tipos de centros residenciales. Como consecuencia de la instauración

de este tipo de modelo surge una nueva problemática haciendo que muchos pacientes no encuentren “su sitio” en el nuevo sistema.

➔ De la experiencia llevada a cabo en el condado de Dane, en Wisconsin, en el Mendota State Hospital (Hospital Público de Madison), se ha afirmado que ha sido la principal aportación a la salud mental comunitaria del siglo XX. Entre otras cosas se diseñó un programa específico de “Entrenamiento en la Vida Comunitaria” que se puso en marcha dentro de una unidad de investigación clínica denominada “Programa de Tratamiento Asertivo en la Comunidad” (acrónimo con el que ha pasado a ser internacionalmente conocido). Esta experiencia en Estados Unidos se generalizó más tarde entre los países que seguían el proceso de reforma.


La experiencia de Madison, unida a la tradición norteamericana de asistentes sociales y enfermeros que trabajaban en sistemas de *case management* en




otros ámbitos distintos a la psiquiatría, sirvió para que se generalizaran distintos programas de seguimiento comunitario que se conocen genéricamente como *case management* en los servicios de salud mental.

2. CONCEPTOS Y TIPOS

Creemos importante, en primer lugar, explicar qué estamos considerando al hablar de la atención domiciliaria en salud mental. Aunque existen diferentes clasificaciones recogidas en la literatura, hemos elegido la de Mueser por su claridad y funcionalidad. Mueser et al diferencian los siguientes modelos:

- Modelo de agencia de servicios (*broken case management*). En la que existe una figura, *case manager*, papel desempeñado con frecuencia por un profesional no clínico, que se encarga de hacer una evaluación de las necesidades de los pacientes, planificar la intervención, derivar a los servicios adecuados y coordinar los diferentes recursos implicados. Este modelo parte de la idea de que es el paciente el que debe tomar la iniciativa para contactar con el servicio.
- *Case management* clínico (CMC). En este caso el *case manager* debe ser un profesional con formación clínica en psicoterapia y psicoeducación. Además los contactos son iniciados tanto por el paciente como por el *case manager*, los cuales no solo coordinan los cuidados sino que también proporcionan algunos directamente; los contactos se realizan con regularidad, aunque no con una frecuencia alta.
- *Case management* intensivo (CMI). Recoge las funciones de los dos mencionados anteriormente, y añade otras características: un menor número de pacientes asignados, actitud asertiva con el fin de evitar abandonos, promover la intervención en el medio habitual del paciente en lugar de en el despacho, y un especial interés en ofrecer apoyo para la solución de problemas de la vida diaria.
-  Tratamiento asertivo comunitario (TAC). Aunque de este modelo hablaremos más adelante en profundidad, sólo diremos por ahora que se trata de un equipo multidisciplinar que proporciona todos los cuidados de manera integrada en lugar de derivar a los pacientes a otros programas.

- Modelo de competencias. Este modelo tiene una visión de los pacientes con enfermedad mental grave como personas que tienen unas competencias a partir de las cuales pueden seguir aprendiendo y no sólo unos déficits.
- Modelo rehabilitador. Se caracteriza por prestar más atención a los deseos y metas de los pacientes que a las necesidades o metas que define el sistema de salud.


 Tanto el CMI como el TAC se han mostrado eficaces en diferentes estudios. Además algunos programas de CMI o CMC presentan gran similitud con el TAC, pudiendo suponer las diferencias una cuestión de grado o dimensión. Mueser et al encuentran que la única diferencia entre TAC y CMI es que el equipo comparte la responsabilidad de todos los pacientes en el TAC, mientras que cada paciente es asignado a un *case manager* en el caso del CMI.

La implantación de cada uno de los modelos arroja variaciones importantes. Esto, unido a la escasa descripción que aparece en los estudios de eficacia o efectividad sobre lo que realmente se está poniendo en marcha, suponen algunas de las razones por las que existe una polémica en torno a qué modelo es más efectivo.

En nuestra revisión nos centraremos en explicar con más detalle el Tratamiento Asertivo Comunitario por su eficacia mostrada en diferentes estudios y por ser considerado modelo de referencia para el tratamiento domiciliar en nuestro medio.

3. TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO

3.1. FILOSOFÍA Y PRINCIPIOS GENERALES

 En las últimas décadas, los avances y abordajes de las personas con TMG han sido numerosos, sustituyendo el internamiento a largo plazo por una asistencia en diferentes recursos intermedios inmersos en la comunidad. Por desgracia estos cambios no han sido paralelos a los cambios de actitud y creencias respecto a este colectivo.

Gracias a la sensibilización política y a la presión de grupos de afectados se ha favorecido la creación

progresiva de recursos comunitarios de atención para las personas con discapacidad en salud mental, pero aún así siguen contando con importantes dificultades de integración.

↑ Los principios básicos en el abordaje de la atención a las personas con TMG son los de normalización, integración y respeto a la persona con discapacidad en salud mental como sujeto con derechos, incluyendo como derecho fundamental el derecho a decidir sobre su propia vida. Su puesta en práctica se realiza mediante una atención integrada y coordinada que les proporcione a ellos y a sus familiares una información global sobre cualquier circunstancia que les pueda afectar.

El objetivo de la intervención global es aumentar la autonomía e integración del individuo como sujeto activo y con responsabilidades, y ofrecer un tratamiento integral e individual.

↗ Los principios de actuación serían:

- Participación activa del sujeto en la intervención y en la toma de decisiones sobre su enfermedad.
- Corresponsabilidad: las decisiones de actuación se basarán en las necesidades planteadas por el usuario y familiares en colaboración con el personal asistencial.
- Igualdad: las personas con enfermedad mental grave será considerada primero y por encima de todo como personas con los mismos derechos y aspiraciones que cualquier otro ciudadano.
- Normalización: se debe propiciar el desarrollo de pautas de vida lo más "normales" posibles y dentro del respeto a la diferencia, a través del desempeño de roles sociales apropiados a las características de cada persona y entorno social.
- Integración: se deben ofrecer oportunidades y facilidades que la promuevan.
- Individualización: respetar y ajustarse a las características, necesidades, aspiraciones y deseos de cada persona.
- Autonomía: propiciar y maximizar la autonomía e independencia, potenciando sus capacidades, recursos personales y sus redes de apoyo familiar y social.
- Apoyo social: ofrecer la atención social, apoyo y soporte que cada persona necesite durante todo el tiempo que precise, para facilitar que lleve una vida en la comunidad del modo más autónomo e integrado posible.
- Promoción: actitud de esperanza y una expectativa positiva sobre la persona, sus posibilidades y potencialidad.
- Coordinación: adecuada coordinación, colaboración y complementariedad entre todos los servicios y programas que son necesarios para atender las necesidades de estas personas y procurar su integración social.

↑ El principio fundamental de la salud mental comunitaria es prestar atención allí donde se necesita, partiendo de la base de que la institucionalización favorece la regresión y la cronicidad por lo que el tratamiento de elección debe mantener al paciente en su medio habitual.

3.2. OBJETIVOS

- Garantizar la prestación de un cuidado y tratamiento integrado que incluyan el soporte social y la rehabilitación, mediante un seguimiento integral (farmacológico, psicoterapéutico, social, familiar y laboral).
- Informar y favorecer la accesibilidad del paciente y su familia a las prestaciones asistenciales comunitarias.
- Mantener al enfermo en la comunidad. Evitar la hospitalización prolongada, acortar la estancia media siempre que sea posible y trabajar la prevención de recaídas. Para ello es importante que las intervenciones se realicen en la comunidad y la intervención del equipo en situaciones de crisis (domicilio).
- Asegurar un cumplimiento del tratamiento que a su vez permita un trabajo con el paciente, y que por tanto favorezca dicho cumplimiento, incremento en la conciencia de enfermedad y aumento del potencial rehabilitador, supervisión de la medicación interviniendo en la prescripción y administración.
- Apoyo práctico en la solución de problemas de la vida diaria.



- Disminuir el riesgo de recaídas, reingresos y desvinculación de recursos.
- Mejorar la calidad de vida de pacientes y familia.
- Potenciar autonomía, evitar relaciones de dependencia (responsables en ocasiones del fenómeno de puerta giratoria).
- La herramienta para la intervención e influencia directa debe ser la alianza terapéutica.
- El equipo actúa como una red de protección.
- Inclusión a la familia, cuando ésta exista, optimizando resultados.

3.3. DESTINATARIOS. CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN

Los pacientes esquizofrénicos son el paradigma de los TMS, pero esta definición incluye también muchas otras enfermedades mentales. Es fundamental reflexionar que una tercera parte de los pacientes con TMS son técnicamente rehabilitables. Por el contrario, la falta de atención al paciente con TMS supone que el 50% se descompensará durante el primer año y hasta el 80% lo hará en los tres primeros años de seguimiento.

3.3.1. Criterios de inclusión

- A) 18-65 años que vivan en la zona.
- B) Gravedad clínica (GAF \leq 50)
 - TMS:
 - Esquizofrenia.
 - T. esquizoafectivo.
 - T. bipolar.
 - T. por ideas delirantes.
 - T. depresivo mayor (recurrente).
 - T. por agorafobia con ataques de pánico.
 - T. obsesivo-compulsivo.
 - T. personalidad esquizotípica.
 - T. personalidad límite.
 - Alta necesidad de cuidados y servicios.
 - Nula o mala adherencia al tratamiento y seguimiento.

- C) Frecuentes recidivas:
 - Tres o más ingresos en el último año.
 - Incumplimiento terapéutico.
 - Reclusión en el domicilio.
 - Altas de UHB con indicadores de abandono de tratamiento y nula conciencia de enfermedad.
 - Pacientes que no llegan a contactar con el servicio.
- D) Duración del trastorno mental de más de dos años.
- E) Limitación funcional:
 - Carencia de soporte familiar.
 - Moderado o grave deterioro en el funcionamiento individual o social.
 - Riesgo alto de exclusión por falta de apoyo social.

3.3.2. Criterios de exclusión

- A) Pacientes con diagnóstico principal de trastorno mental orgánico (neurológicos o demencias).
- B) Retraso mental, trastorno de personalidad o abuso de tóxicos como diagnóstico primario.
- C) Pacientes crónicos o graves con buena adherencia al tratamiento y que acuden a la USM.
- D) Menores de 16 años y mayores de 70 años.

En todos estos criterios debe primar la flexibilidad y la capacidad del equipo para adaptarse a las nuevas circunstancias y problemas.

3.4. ESTRUCTURA DEL EQUIPO DEL TAC

- Estructuras físicas:
 - Despachos individuales.
 - Despacho de reuniones.
 - Coche.
 - Teléfono móvil.

En ocasiones se realizarán las entrevistas en la calle. Se intentará salvaguardar dentro de lo posible la mayor dignidad y discreción.

- Equipo humano: el equipo debe estar formado por un psiquiatra con funciones de coordinador, un psicólogo clínico, un enfermero, un trabajador social y un monitor.

En algún caso puede ser necesaria la coordinación con otros dispositivos, principalmente con el servicio de urgencias. Se debe intentar no superar un ratio de 15 pacientes por profesional.

El equipo del TAC requiere determinadas habilidades diferenciadoras, siendo deseable que se conjugaran características personales como la paciencia, la empatía, el compromiso, el optimismo, la capacidad de persuasión, el pragmatismo, la flexibilidad, la capacidad de compartir responsabilidades y la experiencia en el mundo real y en la calle.

El equipo debe ser multidisciplinar, con funciones comunes para todos los integrantes como estar in-

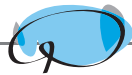
volucrados en el seguimiento de todos los pacientes, asegurar visitas diarias a los pacientes con más necesidades, coordinar con otros recursos, colaborar con el resto del equipo en la evaluación del “enganche inicial”.

3.5. ACTIVIDADES

El programa incluye el tratamiento farmacológico y las intervenciones clínicas precisas, pero su foco de atención principal no es tanto el control de la sintomatología como el desarrollar al máximo los puntos fuertes, capacidades y cualidades conservadas y más características de cada paciente prestando el máximo apoyo posible tanto a éste como a los familiares y al resto de miembros de su entorno. Por eso la mayor parte de la actividad se va a realizar fuera del despacho, a menudo en el propio domicilio, en el lugar de trabajo, en la calle, etc. (tabla 1).

Tabla 1. Actividades

Áreas de intervención	Medicación: abordaje de síntomas, prevención de recaídas.
	Rehabilitación: favorecer la integración social y ocupacional.
	Entorno: <ul style="list-style-type: none"> ■ Trabajo con las familias. ■ Terapia familiar. ■ Grupos psicoeducativos de familiares de pacientes. ■ Atención al cuidador principal.
Objetivos	Adherencia al tratamiento (farmacológico y psicoterapéutico): detección precoz descompensaciones.
	Vigilancia sobre el consumo de tóxicos.
	Asesoramiento sobre prestaciones sociales.
	Rehabilitación y reintegración social.
Tipos de consulta	Programada.
	A demanda.
	Telefónicas.
	Atención de urgencia: en el hospital y domicilio.
	Hospitalizaciones domiciliarias.
	Contención en el hospital (breve).
	Interconsultas.



Se deberá realizar una evaluación de la demanda y propuesta de objetivos, además de una serie de actividades de acogida que incluyen el establecimiento de una alianza de trabajo con el paciente y un plan individualizado de seguimiento y cuidados, acordado con el paciente.

Deberá existir una coordinación con cada dispositivo de salud mental al que está vinculado el paciente (USM, UHB, HD, CAD, centros de día, centros de rehabilitación psicosocial, atención primaria...).

↑ 4. CONCLUSIONES

En primer lugar nos parece importante destacar la falta de claridad que existe en la literatura en relación a la atención domiciliaria, ya que encontramos una disparidad de opiniones a la hora de decidir cuáles son los recursos que ésta incluye, y que criterios definen a cada uno de los mismos. Existen también variaciones culturales a nivel del funcionamiento de los servicios en cada país, que hace que cada uno sea distinto de otro. Estos cambios conllevan dificultades a la hora de realizar estudios que evalúen y comparen los diferentes sistemas.

Los estudios que existen arrojan datos favorables en aquellos sistemas de salud que han implantado algunos de estos modelos, consiguiendo mejoras a nivel de la adherencia terapéutica, integración comunitaria, calidad de vida, etc.

La atención comunitaria en el momento actual se plantea como una alternativa a la hospitalización, incluso para los casos más graves, lo cual tiene sus dificultades evidentes pero también el beneficio de que la recuperación de los pacientes se pueda hacer de la forma menos disruptiva posible.

Por último nos gustaría resaltar que, en nuestra opinión, este tipo de tratamientos, por las características que los definen, y por los principios básicos que los sostienen, se aproximan en mayor medida al concepto de salud acuñado por la OMS ("El estado de completo bienestar físico, psicológico y social y no sólo la ausencia de enfermedad"), a diferencia de los tratamientos convencionales, en los que primaban la reducción o desaparición de los síntomas, sin tener en cuenta otros aspectos importantes de la vida del individuo.

RECOMENDACIONES CLAVE

Los equipos de atención domiciliaria son el resultado de la evolución y desarrollo de la psiquiatría comunitaria en el contexto social actual, y constituyen, en buena medida, una nueva desinstitucionalización en la asistencia en salud mental. Es probable que de forma progresiva, se potencien estos equipos más flexibles y cercanos al medio natural del individuo, en detrimento de los dispositivos existentes, más rígidos y excluyentes.

El TAC permite acceder a poblaciones en riesgo de padecer trastorno mental severo. El refuerzo de la autonomía del individuo y la optimización de sus propios recursos, es clave en los distintos niveles de intervención, tanto en la prevención y tratamiento, como en la rehabilitación en el paciente grave.

5. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Alonso M, Bravo MF, Liria A. Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad. *Revista de la AEN*. 2004;92:25-51.

González Álvarez O. La larga marcha por los derechos civiles de los enfermos mentales: la lucha continúa. Álvarez Uría F. (comp.); 238-63.

Gisbert C. Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. Ed. AEN. Madrid. 2003.

Salyers Michelle P, Tsemberis S. ACT and Recovery: Integrating Evidence- Based Practice and Recovery Treatment Teams. *Community Mental Health Journal*. 2007;43(6):619-41.

Hernández Monsalve M. Los programas de seguimiento intensivo en la comunidad: una alternativa a la hospitalización ¿y algo más? Rivas Guerrero F (comp). *La Psicosis en la comunidad*. AEN Estudios. 2002:131-89.

6. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Contreras JA, Navarro D. Un programa de seguimiento comunitario de personas con enfermedad mental. *Revista de la AEN*. 2008:451-75.

Leff J. Care in the community. Illusion or reality? Álvarez Uría F (comp.). Chichester: Wiley & Sons. 1997:238-63.

Beltran JJ, Ayllon L. El programa de atención domiciliar de enfermería: una alternativa de enlace en la comunidad. *Interpsiquis*. 2004.

Leal F, Castilla A. Luces y sombras en los procesos de rehabilitación psicosocial de los enfermos psicóticos. *Revista de la AEN*. 2002;155-63.





92. EL EQUIPO DE SALUD MENTAL. ROLES, FUNCIONES, ORGANIZACIÓN



Autoras: Cristina Emeterio Delgado y Covadonga Huergo Lora
Tutor: Sergio Ocio León
Centro de Salud Mental de Mieres. Asturias

CONCEPTOS ESENCIALES

Equipos multidisciplinares que permitan abordar los problemas de salud mental de un modo integral.

➡ Es necesario un liderazgo claro y una comunicación efectiva para lograr un correcto funcionamiento del equipo y el logro del objetivo común: la óptima atención al paciente.

⬆ Organizar el trabajo mediante una estrategia de gestión por procesos, que permita optimizar la utilización de recursos y mejora continuada de la calidad asistencial.

1. CONCEPTO

A lo largo de la segunda mitad del siglo XX, en la mayor parte de los países desarrollados, se inicia un proceso de transformación desde la psiquiatría asilar a una psiquiatría comunitaria. Anteriormente, se organizaba en torno a unas consultas de neuropsiquiatría (donde se prestaba atención a los problemas de salud neurológicos y psiquiátricos) y un hospital psiquiátrico (institución manicomial) sostenido por una estructura jerarquizada, rígida y donde estaban claros las funciones y los roles de cada profesional.

Los cambios se traducen en que el objetivo ya no es sólo la enfermedad y el individuo aislado, sino la salud y la comunidad, lo que conlleva a un abordaje biológico, psicológico y social del individuo y de su entorno.

Se trabaja la promoción y prevención de la salud y la enfermedad mental tanto en fase aguda como en fase crónica.

Para conseguir los objetivos anteriores, se pasa de un trabajo individualizado a un trabajo multidisciplinar

con la intención de hacer una apertura a la comunidad y un acercamiento al entorno de los pacientes. Se pasa de un ambiente hospitalocéntrico a un ambiente centrado en el centro de salud mental donde prima la atención y la asistencia al paciente integrado en su entorno.

Además de la coordinación del equipo de salud mental, son básicas las relaciones con el resto de profesionales dedicados a la salud. Por ejemplo, una buena relación con el médico de atención primaria puede conllevar un mejor diagnóstico y seguimiento del enfermo mental y una correcta canalización de los pacientes susceptibles de atención. No debemos olvidar que determinadas patologías, principalmente de la esfera psicótica, cursan con nula conciencia de enfermedad y por ello es vital la unión interprofesional para el seguimiento del paciente.

En la psiquiatría comunitaria es básico un equipo multidisciplinar que consista en la integración de saberes diversos y la superación de distintos profesionales para lograr un nuevo orden disciplinar, abarcando prácticas diferenciadas, pero no siendo la simple aceptación de superponer y adicionar en-



foques, manteniendo su heterogeneidad y evitando la unitariedad del equipo.

2. COMPOSICIÓN

Para el abordaje, prevención, tratamiento, rehabilitación y educación sanitaria, existen una serie de dispositivos en salud mental, cada uno de ellos formado por un equipo multidisciplinar que se adecúa conforme a las necesidades del dispositivo.

A continuación, se relatan brevemente los principales dispositivos con los que contamos en la red:

- Centro de salud mental: eje de atención y puerta principal al sistema para desarrollar actividades preventivas, curativas y rehabilitadoras. Resaltar la importancia de una buena coordinación con atención primaria para la atención por estos últimos tanto de gran parte de trastornos psíquicos con el asesoramiento del personal especializado, como para el seguimiento coordinado del paciente mental.
- Unidad de hospitalización: ayudando al paciente que ingresa en la fase álgida de su enfermedad mental para que, en un periodo breve de tiempo, pueda volver a su entorno habitual. También se atiende en el hospital las urgencias psiquiátricas, las interconsultas y se realiza asesoramiento a otras especialidades (psiquiatría de enlace) cuando sea preciso.
- Comunidades terapéuticas y centros de día: lugares donde se trabaja con el paciente actividades y ayudas para su manejo en la vida cotidiana.
- Equipo de tratamiento asertivo comunitario: en determinados pacientes aquejados por patología mental grave, tanto en consultas ambulatorias, visitas domiciliarias como intervenciones comunitarias, se ayuda al paciente a poder vivir en el entorno social habitual mediante el seguimiento y control del tratamiento psicofarmacológico.
- Unidades de tratamiento de toxicomanías: abordaje y tratamiento del paciente que padece un trastorno mental en relación al consumo de tóxicos.

Para estos dispositivos se cuenta con un equipo formado por varios profesionales con diferentes for-

maciones y experiencias profesionales, que operan en conjunto.

La estructura básica del equipo debe estar integrado por al menos:

- Médico especialista en psiquiatría.
- Psicólogo clínico.
- Enfermería.
- Auxiliares.
- Administrativo.
- Dadas las características del sistema formativo, en los equipos es frecuente que durante determinados periodos de rotación, se encuentre un MIR (Médico Interno Residente), un PIR (Psicólogo Interno Residente) y/o un EIR (Enfermero Interno Residente).
- Cabe destacar, la ayuda complementaria del personal de mantenimiento, limpieza y seguridad que permiten que el equipo se encuentre en las condiciones óptimas para llevar a cabo su labor asistencial.

3. FUNCIONES

La actividad del equipo de salud mental va a ir encaminada al logro de los objetivos asistenciales globales. Es esencial que cada miembro del equipo tenga claro cuál es el fin a conseguir. Para llevar a cabo una actividad clínica adecuada que permita ejecutar correctamente el proceso terapéutico, cada profesional ha de asumir su papel y saber qué rol le corresponde. Es cierto también que ningún estamento profesional es igual a otro y los niveles de formación son bastante diferentes y esto, ha de ser tenido en cuenta a la hora de asumir un rol. Dentro del grupo, “el líder” va a ser el encargado de mantener la visión general del equipo, detectar peligros de descoordinación o fallos en la comunicación y motivar a los miembros para el logro del objetivo común: la óptima atención al paciente. Sin un liderazgo y sin una comunicación efectiva, no va a haber un correcto funcionamiento. Por otro lado, va a ser inevitable que, en la práctica, se produzca un solapamiento de roles y funciones, que va a ser bien tolerado cuando las relaciones entre los miembros sean satisfactorias y exista una buena comunicación, flexibilidad y disponibilidad al cambio de concepciones, enfoques,

actitudes y posturas. De otra manera, existe el riesgo de que se produzca un excesivo aislamiento de cada miembro y una falta de comunicación que va a conllevar un mayor riesgo de desequilibrio y fragmentación del equipo.

Dentro del grupo, podemos decir a grandes rasgos, que cada profesional va a tener asignada una función principal y básica. El psiquiatra y el psicólogo clínico van a abarcar la problemática del problema de salud mental de una manera global, el personal de enfermería (enfermeras y auxiliares) se ocuparán principalmente de los cuidados de salud mental, el trabajador social atenderá las carencias sociales del paciente coordinándose con instituciones específicas dentro de este ámbito y el personal administrativo se encargará de la codificación de los datos y de la organización de la documentación (historiales, informes...).

A continuación, se señalan las etapas básicas que se han de llevar a cabo para lograr un adecuado desarrollo del proceso terapéutico y se señala la importancia de cada profesional en cada fase teniendo en cuenta que las funciones que cada miembro de un equipo de salud mental va a desempeñar, van a ser dependientes del tipo de formación que haya recibido, valorando los conocimientos que cada una aporta:

- Determinar y especificar una impresión diagnóstica. El psiquiatra adquiere protagonismo en esta etapa, por su formación básica clínica, con especificidad en la realización de exploraciones somáticas para un correcto despistaje de patologías orgánicas. El psicólogo tiene un papel importante a la hora de aplicar técnicas diagnósticas psicológicas específicas.
- Decidir cuál será el tratamiento más idóneo en cada caso. Esta función corresponde al psiquiatra y al psicólogo.
- Aplicar el tratamiento prescrito. Todos los profesionales van a tener su papel en esta fase, siendo algunas tareas específicas. Así, la prescripción de tratamientos y la aplicación de técnicas biológicas van a ser exclusivas del psiquiatra. Éste y el psicólogo se ocuparán de las técnicas psicoterapéuticas. El personal de enfermería adquiere su papel fundamental en la administración de medicamentos (enfermería),

la administración de cuidados (enfermeras con ayuda de auxiliares), técnicas de relajación...

- Realizar un seguimiento y valorar la evolución del paciente. Ésta va a ser una fase compartida también por todos los miembros del equipo, siendo aquí importante dos tareas específicas: el diagnóstico de enfermería y la atención a los problemas sociales por parte de los trabajadores sociales.

Por tanto, según esto, vamos a encontrar fases en las que unos profesionales van a adquirir mayor protagonismo y otras en las que todos los miembros van a colaborar desempeñando su papel. La función primordial del equipo de salud mental es conseguir llevar a cabo un abordaje clínico multidisciplinar.

La tabla 1 resume las funciones globales y específicas de los principales profesionales y su papel dentro del proceso terapéutico.

4. ORGANIZACIÓN

Para conseguir los objetivos marcados a la hora de abordar los problemas de salud mental es preciso tener en cuenta lo que cada miembro puede aportar en el equipo, y esto, va a depender de la disciplina a la que pertenece, sus capacidades y habilidades. A la hora de organizar y programar las actividades del equipo habrá que inventariar el material humano para saber con qué posibilidades de actuación contamos. La finalidad, como señalábamos previamente, va a ser conseguir un abordaje multidisciplinar de los problemas asistenciales combinando cada una de las disciplinas a las que pertenece cada componente y garantizar la unidad de acción con un equilibrio interno. Los intereses personales de un miembro del equipo únicamente se convierten en un motor personal si están supeditadas al que debe ser el objetivo común del grupo: el paciente.

Las reuniones periódicas del equipo de trabajo van a ser claves para propiciar el debate interno, nuevas actitudes de escucha y, por tanto, mejorar la relación de los profesionales para permitir consensuar protocolos de intervención conjunta. En ellas se llevarán a cabo las discusiones clínicas, la formación, la coordinación, la unificación de criterios internos y entre diversos dispositivos.



Tabla 1. Funciones globales y específicas.

MIEMBRO EQUIPO	OBJETIVO E INTERVENCIÓN GLOBAL	INTERVENCIÓN ESPECÍFICA	FUNCIÓN EN EL PROCESO TERAPEÚTICO
Psiquiatra	Atención global del problema de salud mental.	Exploraciones y técnicas somáticas.	Diagnóstico ++ Decisión terapéutica ++ Seguimiento +
Psicólogo	Atención global del problema de salud mental.	Evaluación psicológica específica.	Diagnóstico + Decisión terapéutica + Seguimiento +
Enfermería	Administración cuidados enfermería.	Técnicas de enfermería.	Aplicación tratamiento + Seguimiento +
Trabajador social	Problemas sociales. Coordinación interinstitucional.	Técnicas de trabajo social.	Abordaje social + Seguimiento +
Administrativo	Administración, información.	Codificación de datos.	

Para una correcta organización, las actividades que vaya a llevar a cabo el equipo han de ser programadas y coordinadas. Para ello se han de tener en cuenta los recursos con los que el equipo cuenta y hacer una adecuada gestión de éstos.

➡ Una de las estrategias de actuación es la creación de programas en los que se va a integrar la actuación de los diferentes profesionales. El papel de un profesional como responsable facilita el adecuado desarrollo de dichos programas ya que éste ha de coordinar la intervención conjunta del equipo, consensuando los niveles de actividad y fomentando la participación e implicación de los diferentes miembros.

El equipo sanitario se va a ver inmerso en el método utilizado para gestionar el trabajo.

➡ En los modelos actuales de gestión, encaminados a la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria, se contempla y promueve una estrategia de organización del conjunto de actividades de trabajo que es la “gestión por procesos”. En términos generales, consiste en mejorar y rediseñar el flujo de trabajo para hacerlo más eficiente y adaptado a las necesidades de la población que recibe los servicios; Y permite optimizar la utilización de recursos y mejorar la calidad asistencial.

Algunos de los elementos fundamentales en los que se centra este tipo de gestión son:

- Enfoque centrado en el usuario.
- Implicación de los profesionales.
- Sustento en la mejor práctica clínica a través de guías de práctica y desarrollo de vías clínicas.
- Desarrollo de un sistema de información integrado.
- Continuidad de la atención y de la asistencia.

En el interior del equipo se crea la exigencia de hacer coexistir las diversas corrientes, concepciones y preparación teórico-técnica de los diferentes profesionales y esto, en ocasiones va a ser fuente de tensiones y conflictos que pueden generar una situación de crisis. Sin embargo, este hecho puede facilitar el proceso de reorganización interna y puede traducirse, si no empobrece al equipo, en procesos creativos de crecimiento, proporcionando una mayor “amplitud de miras”, ya que el grupo deberá reflexionar, tomar conciencia de la unidad de trabajo y dar estabilidad al equipo, buscando el equilibrio que garantice su unidad de acción.

Uno de los aspectos clave que va a reforzar la unidad del equipo ante posibles desequilibrios, propiciando

el debate interno, va a ser la formación, entendida como “formación continuada o permanente”, con las siguientes características principales:

- Integrada dentro del equipo como una tarea de grupo.
- Compartida por todos los miembros del equipo.
- Surge del propio grupo en desarrollo.
- Ajustada a dificultades y preocupaciones asistenciales que surgen en el espacio de trabajo.

De esta manera, se van a facilitar los siguientes logros:

- Integración del equipo, creación de lazos de convivencia interdisciplinar.
- Reorganización interna.
- Desarrollo de nuevas estrategias para abordar los problemas asistenciales de salud mental.
- Obtención de procedimientos de intervención y abordaje terapéutico más afinados.

5. CONCLUSIÓN

El equipo de salud mental aparece por la necesidad de organizar una respuesta técnica más colectiva a las demandas. Se sitúa en un sistema de organizaciones y dispositivos asistenciales que interactúan, por lo que ha de incluir en su visualización distintos ámbitos: individual, grupal, organizacional e institucional. Desde su propio proceso, el equipo ha de ir elaborando tareas, metodologías y modos organizativos. A través de una organización cambiante, el esfuerzo del grupo va a ir encaminado a la discriminación de la demanda, la priorización de respuestas y la definición de intervenciones terapéuticas. Un aspecto fundamental va a ser la coordinación con otras insti-

tuciones, por un lado las demandantes y por otro, las que van a ofertar continuidad a la atención.

El equipo necesita de espacios de encuentro donde poner en común la situación, las dificultades y obstáculos y priorizar intervenciones, un lugar de escucha y palabra.

La organización temporal de las actividades diarias, va a permitir ordenar la tarea, así se intentará, establecer dentro del cronograma, espacios para intervenciones asistenciales programadas, para recepción de la nueva demanda y otros para actividades de apoyo, coordinación, sesiones clínicas, formación...

El profesional que asume el papel de coordinador va a cumplir tareas administrativas, de representación y coordinación y va a ser el responsable de que se cumplan los requisitos exigidos y de evaluar al grupo. Definirá inicialmente el encuadre y la tarea del equipo, pero entre todos los miembros, a través del proceso, irán construyendo dicha tarea.

El objetivo último va a ser garantizar un soporte humano y técnico al derecho a una salud pública digna de la población, para ello, los profesionales necesitan colocarse en una posición que permita la creatividad profesional y el desarrollo y perfeccionamiento de técnicas y modelos de intervención. Para dar una respuesta adecuada a los fenómenos de salud y enfermedad hay que hablar de equipo interdisciplinario y/o multidisciplinario organizado, ya que dar cuenta del objeto de trabajo en salud mental no es posible si no a través del prisma de distintas disciplinas, las responsabilidades deben ser compartidas y es preciso la presencia de un liderazgo que aglutine los esfuerzos. El abordaje del trastorno desde diferentes miradas, enfoques y respuestas se hace imprescindible.



RECOMENDACIONES CLAVE

- ↑ En la psiquiatría comunitaria, es básico, un equipo multidisciplinar que integre saberes y aborde la salud mental de forma integral.
- ↑ La actividad del equipo de salud mental va a ir encaminada al logro de los objetivos asistenciales globales, optimización de recursos y mejora.
- ↑ Cada profesional ha de asumir su papel y saber qué rol le corresponde.

6. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Vallejo F. Características, funciones y tareas de los equipos comunitarios de salud mental. En Leal J. (coord.). Equipos e Instituciones de Salud (Mental), Salud (Mental) de Equipos e Instituciones. Madrid: Ed. AEN/Estudios/21. 1997:59-89.

González De Chávez G. Posibles indicadores para el análisis de las Reformas psiquiátricas. En Aparicio Basauri V (coord.). Evaluación de Servicios de Salud Mental. Madrid: Ed. AEN. 1993:53-95.

García Estrada Pérez A., De Las Cuevas Castresana C. El rol del especialista en psiquiatría. *Psiquiatría Pública*. 1998;10(5):295-98.

González Duro E. De la Psiquiatría a la Salud Mental *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2000;20(74):249-260.

Chicharro Lezcano F. El equipo multidisciplinar: ¿Realidad o expresión de un deseo? *Norte de Salud Mental*. 2007;27:95-100.

7. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Bellido Mainar JR. Ponencia. El equipo interdisciplinar: una oportunidad para activar sinergias. IV Jornadas de Rehabilitación en Salud Mental. La rehabilitación en salud mental hoy: ¿hacia donde vamos? Barcelona. 2007.

Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de diciembre de 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2007.

Decreto 66/2009, de 14 de julio, por el que se regula la estructura y funcionamiento de las áreas y unidades de gestión clínica del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Disposiciones Generales Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Boletín Oficial del Principado de Asturias. Núm. 170. (23-VII-2009).

Segura J. La noción de comunidad y el equipo de Salud. *Área 3*. 1995;2:33-44.

Leal J. Equipos comunitarios: ¿una ilusión sin porvenir, un porvenir sin ilusión? En *Simposium sobre Salud Mental y Servicios Sociales: El espacio comunitario*. Barcelona. 1993.



93. LA RED DE SALUD MENTAL COMUNITARIA



Autores: María Teresa García López y Enrique García Núñez
Tutor: Enrique García Núñez
Parc Hospitalari Martí i Julià, Salt. Girona

CONCEPTOS ESENCIALES

Salud mental comunitaria.

Funcionamiento en red.

Multidisciplinar e interdisciplinar.

Continuidad de cuidados.

1. MARCO HISTÓRICO

El proceso de reforma psiquiátrica en España comienza a gestarse en los años 70, pero es en los 80 cuando ésta posee una cobertura legislativa y asistencial que le ha permitido desarrollarse y superar el modelo manicomial tradicional. Esto se produce tras la publicación del informe de la Comisión ministerial "Documento general y recomendaciones para la reforma psiquiátrica y la atención a la salud mental" y la publicación de la Ley General de Sanidad en 1986.

2. SITUACIÓN ACTUAL

En cuanto a las estructuras sanitarias, integradas en ámbito sanitario general, son los equipos de salud mental el primer eslabón de la asistencia, cada distrito ha de disponer de uno de estos equipos, de composición multidisciplinar. La ubicación de las unidades de hospitalización de corta estancia tiende a ser dentro de hospitales generales en el contexto de progresiva superación de los hospitales psiquiátricos en su anterior configuración con transformación de los mismos en instituciones de carácter rehabilitador y potenciación de recursos intermedios que favorezcan la desinstitucionalización

de los pacientes e integración de los mismos en el ámbito comunitario.

Como temas pendientes en la actualidad estarían la desigualdad en el desarrollo y calidad de la red de salud mental, la precariedad de redes de cuidados intermedios, sobre todo en las alternativas residenciales y laborales; y la dotación precaria de programas de salud mental para niños y adolescentes, patología dual y pacientes mentales en prisiones; entre otros.

3. LA SALUD MENTAL COMUNITARIA

El modelo de salud mental comunitaria se centra en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento, la rehabilitación/recuperación y el mantenimiento de la salud mental. Esto implica que abarca todos los niveles de intervención que pueda necesitar el usuario y por tanto no busca exclusivamente la desaparición de "síntomas" sino el mayor funcionamiento posible dentro de su entorno habitual (familia, trabajo, red social...) que el ciudadano pueda alcanzar. El usuario de manera individual pasa a ser el centro de los diferentes dispositivos y no se espera a que él acuda y se adapte al funcionamiento



de éstos sino que si es necesario éstos acuden y se adaptan al usuario y sus necesidades (sobre todo en casos de trastornos mentales graves). Se pasa de un modelo intervencionista en que el dispositivo central son las unidades de hospitalización (buscando básicamente la estabilización psicopatológica) a un modelo comunitario en el que generalmente no existe un único dispositivo central sino que el eje principal son las diferentes intervenciones realizadas por diferentes dispositivos en diferentes localizaciones de manera coordinada.

Este tipo de funcionamiento se denomina en red y no es aplicable exclusivamente a la salud mental del ciudadano sino que también debe formar parte la salud general (según la OMS) de éste. Esta red de servicios debe ser fácilmente accesible para el ciudadano tanto a nivel funcional como a nivel físico facilitando tanto los primeros contactos como la continuidad de cuidados precisos según la gravedad del usuario.

La necesidad de intervenir en todos los ámbitos de la salud del usuario (atención integral y global que precisa de equipos multidisciplinares) a la hora de abarcar un determinado problema implica que las intervenciones sean interdisciplinares, es decir que la intervención realizada requiere diferentes profesionales de diferentes campos y es por este motivo que la coordinación entre éstos y entre los diferentes dispositivos que interviene es fundamental. De manera sencilla el concepto de multidisciplinar podría asociarse a las teorías sobre las diferentes “causas” de problemática en salud mental (modelo biopsicosocial) y las necesidades de los ciudadanos con problemas de salud mental; esto guarda relación con el hecho de que los problemas de salud mental no afectan únicamente al ámbito médico de la vida del usuario sino que en muchas ocasiones tiene repercusión sobre muchas más áreas de la vida cotidiana de éste. El concepto de interdisciplinar estaría más relacionado con la intervención en sí, ya que ésta precisa de diferentes profesionales de diferentes áreas para ser efectiva y que además actúen coordinadamente. Cuando hablamos de la importancia de la coordinación (tanto entre equipos como dentro de éstos) no queremos referirnos a que se comuniquen exclusivamente que intervenciones específicas van a realizar sino que ésta se haya consensuado entre los diferentes miembros de los

equipos y entre los diferentes equipos con unos objetivos y un seguimiento posterior también de manera coordinada. Esto no quiere decir que un profesional de un área “invada” el área de intervención de otro ya que cada miembro del equipo posee su área de intervención y ésta debe respetarse. El hacerlo de otra manera equivaldría a trabajar “a ciegas” con un altísimo porcentaje de fracaso de la intervención que sólo puede perjudicar al ciudadano con un problema de salud mental.

El trabajar en red de manera coordinada permite a la larga mejorar el funcionamiento general del paciente con problemas de salud mental y que las intervenciones sean más efectivas permitiendo la continuidad de los cuidados que precisa el usuario de manera integral y continuada. Este concepto de continuidad de cuidados es muy importante ya que las patologías psiquiátricas graves son crónicas y con serias repercusiones en el funcionamiento global del usuario. El usuario posee una red (nunca mejor dicho) de soporte amplia y fuertemente trenzada que no permite que se caiga y que puede ayudarlo a volver a ponerse en pie las veces que sean necesarias.

4. DISPOSITIVOS Y RECURSOS

A lo largo de este capítulo hemos hablado de los diferentes dispositivos y recursos que forman parte de los equipos de intervención en salud mental. Generalizando, una red de salud mental debería poder disponer de psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros especializados en salud mental, terapeutas ocupacionales, auxiliares, educadores y monitores con formación en salud mental. Dentro de cada dispositivo de la red (por las características propias de la intervención que realizan) pueden existir algunas modificaciones; p. ej. en los pisos protegidos son más necesarios monitores y educadores por el tipo de intervención que se realiza desde estos dispositivos. Normalmente la red de salud mental comunitario consta de CSM de adultos (donde se realiza el seguimiento ambulatorio de problemáticas en salud mental de adultos en diferentes zonas del territorio), centros de día (con la principal función de rehabilitación ambulatoria en casos de usuarios con trastorno mental grave y que también es un dispositivo fuera del hospital), CSM infante-juvenil (atención ambulatoria a pacientes entre 5 y 18 años, también se localizan fuera del hospital), unidad de hospitali-

zación de agudos (estabilización de descompensaciones de patologías psiquiátricas graves), unidad de hospitalización de rehabilitación (interviene en la rehabilitación de pacientes con trastorno mental grave cuando se requiere una intervención más intensiva y controlada para ser efectiva), hospital de día de adultos (una unidad extrahospitalaria donde se realiza un tratamiento ambulatorio que requiere ser más intensivo que el que se ofrece desde el CSM pero sin ser necesaria la hospitalización en los casos de pacientes con trastorno mental grave, trastornos graves de personalidad y trastornos de conducta alimentaria), hospital de día infanto-juvenil (similar al de adultos pero en población infanto-juvenil), residencias (pacientes con trastorno mental grave sin soporte ni recursos a los que se prepara para el paso a pisos protegidos), pisos protegidos (pisos donde conviven varios usuarios con patología psiquiátrica grave bajo la supervisión puntual de monitores y educadores con el objetivo de poder acabar de integrarse posteriormente en su propio domicilio en la comunidad). Otros de los dispositivos, que hasta no hace mucho no se hallaban integrados en la red de salud mental son los centros de adicción a sustancias (CAS) donde se tratan la patología

del abuso/dependencia de tóxicos, las unidades de desintoxicación hospitalarias (para usuarios que presentan dificultades para realizar el tratamiento ambulatorio) y las unidades de patología dual (unidades de hospitalización donde se tratan a pacientes con una patología psiquiátrica grave y una patología de consumo de tóxicos asociada).

A grandes rasgos estos son los principales dispositivos de la red de salud mental pero existen otro tipo de recursos en la red de salud mental que son también muy importantes: las asociaciones de familias con enfermos con problemas de salud mental, las fundaciones tutelares (que intervienen como tutores en los casos en que se incapacita al usuario facilitando las diferentes intervenciones desde la red), los centros de trabajo protegido (que forman a los usuarios, los contratan y facilitan su inserción laboral posteriormente en la comunidad sin contar con los dispositivos generales para cualquier usuario (ayuntamientos, ONG, centros sociales y cívicos, etc.). Podemos imaginarnos lo difícil que debe ser poder trabajar todos juntos y de ahí la importancia de la coordinación en el trabajo en red.

↑ RECOMENDACIONES CLAVE

Trabajo en red y coordinado.

Multidisciplinaridad en la afectación.

Interdisciplinaridad en la intervención.

Importancia de la coordinación para facilitar la continuidad de cuidados.

El eje central de intervención es mejorar el funcionamiento global del usuario y los diferentes dispositivos se “adaptan” a las necesidades de éste (por ejemplo con una mayor aproximación física).



5. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Asociación Española de Neuropsiquiatría. Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. Barcelona. Asociación Española de Neuropsiquiatría/Estudios. 2003.

García R. Salud mental comunitaria ¿Una tarea interdisciplinaria? Cuadernos de Trabajo Social. 2004;17:273-287.

Asociación Española de Neuropsiquiatría. La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental. Barcelona: Asociación Española de Neuropsiquiatría/Estudios. 2006.

López D. Continuidad de cuidados y desarrollo de sistemas de apoyo comunitario: atención a personas con trastorno mental severo en el medio rural. Rehabilitación psicosocial. 2006;3(1):17-25

Artolachipi P. Continuidad de cuidados desde un equipo de salud mental: la coordinación interniveles como herramienta fundamental. Interpsiquis. 2003. www.psiquiatria.com

6. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Gisbert C, Arias P, Camps C, Cifre A, Chicharro F, Fernández J et al. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: Situación actual y recomendaciones. Valladolid: Asociación Española de Neuropsiquiatría/Cuadernos técnicos (6). 2002

Carballal C. Propuestas de desarrollo para la atención de la salud mental en Galicia. Red de salud mental de Galicia. www.anesm.net

Ministerio de salud de Chile. IV. Red de servicios de salud mental y psiquiatría. www.redsallud.gov.cl



94. EL TRABAJO EN ATENCIÓN PRIMARIA



Autoras: Susana Herrera Caballero y Nazaret Marín Basallote
Tutora: Rocío Martín Romero
Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz

CONCEPTOS ESENCIALES

La atención a la salud mental desde atención primaria es fundamental en tanto que permite el acceso a la totalidad de la población sin barreras, es parte inherente del concepto de salud (OMS) y tiene una dimensión social imbricada directamente en los núcleos vivenciales, desde donde también se puede trabajar.

Es necesaria la formación de los médicos de familia en la detección de la patología psiquiátrica, manejo de la comorbilidad, intervención y uso de los procesos implantados.

Existen varios procedimientos de coordinación interniveles que promueven la confianza entre profesionales, el flujo de información bidireccional y la formación continuada en atención primaria con el objeto de brindar una asistencia eficaz y eficiente.

1. INTRODUCCIÓN

El lema de la campaña del Día Mundial de la Salud Mental de 2009 “Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental”, nos indica la importancia de este aspecto en nuestro rotatorio.

Los problemas de salud mental constituyen una de las causas principales de discapacidad en el mundo.

➡ Un gran porcentaje de personas con trastornos mentales no reciben atención apropiada a pesar de los avances actuales. Esto puede deberse entre otras razones, a que la formación y destreza de los servicios de atención primaria han resultado inadecuados para la detección y tratamiento de la patología mental.

⬆ La asistencia de la salud mental en la atención primaria, se plantea como una parte de la atención a la salud general, teniendo en cuenta la indivisibilidad de la salud y sus aspectos biopsicosociales, de manera que satisfagan la necesidad de tratamiento y prevención.

2. EXTENSIÓN Y NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

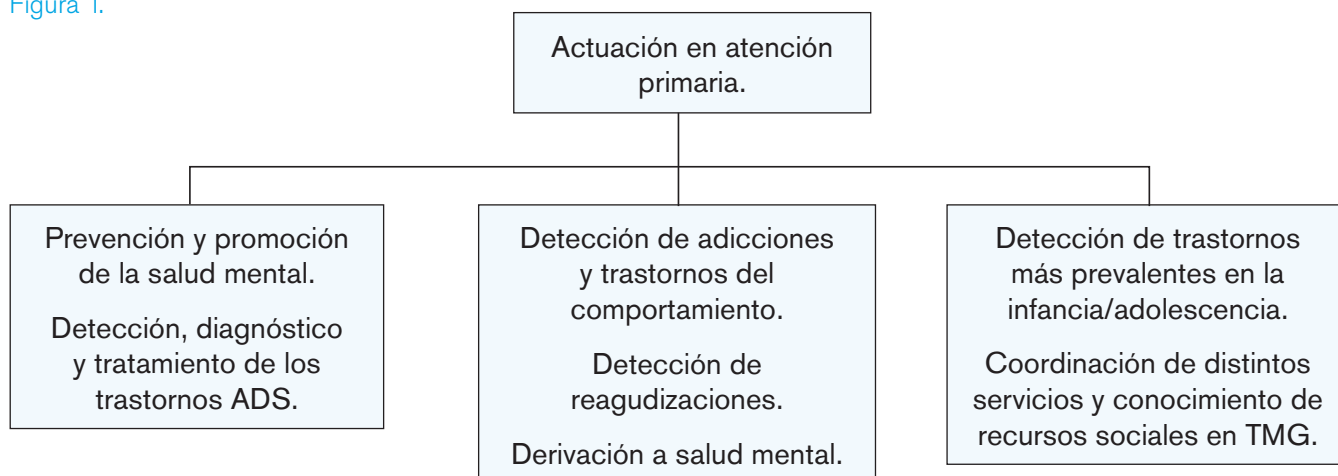
En la actualidad y desde el Ministerio de Sanidad, la orientación de las actuaciones de atención primaria respecto a la enfermedad mental iría encaminada hacia (figura 1):

El incremento de servicios ofrecidos desde atención primaria va dirigido a potenciar la capacidad de los profesionales para identificar y valorar los casos, pero también la posibilidad de intervención, formalizándose modalidades terapéuticas como la psicoterapia no reglada, los grupos psicoeducativos y la potenciación de la red social.

Los cuadros psiquiátricos más prevalentes en atención primaria serían:

- Depresión: se estima que su prevalencia en AP esta entorno al 16% (la hipertensión estaría entorno al 6%), pero sólo se diagnostica el 50%

Figura 1.



desde atención primaria. El 15% de los trastornos afectivos se suicidan. La mitad de estos pacientes buscaron asistencia en atención primaria en el mes previo a su muerte.

- **Ansiedad:** los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia entornos al 25% a lo largo de la vida. En el periodo de un año, solo el 33% de los pacientes son tratados y solo el 15% logran acceder a los servicios de salud mental. El trastorno de ansiedad generalizada sería el más frecuente en nuestro medio, con una prevalencia de hasta el 10% entre la población que acude a atención primaria.
- **Somatización:** los pacientes con trastorno por somatización utilizan los recursos de atención primaria nueve veces más que los enfermos de medicina general.

➔ Todo lo anteriormente descrito determina que dos tercios de los pacientes con depresión no diagnosticada acuden a su médico de atención primaria seis o más veces al año por síntomas somáticos. Estos pacientes generan el doble de gastos sanitarios generales que los no deprimidos. Cualquier paciente con un trastorno psiquiátrico no diagnosticado realiza una sobreutilización de recursos que repercute de modo directo en el gasto sanitario general.

3. BARRERAS AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.

➔ Es importante tener en cuenta que la entrevista, diagnóstico y tratamiento de los trastornos psiquiátri-

cos desde atención primaria reviste una serie de dificultades debidas, por un lado, a la disposición particular de los servicios de atención primaria (encuadre, tiempo) como por la heterogeneidad del profesional que se enfrenta al trastorno mental y la situación y tópicos que traen consigo los pacientes a la consulta. Aquí se resumen las barreras más frecuentes que encontraremos y que es necesario tener en cuenta.

3.1. FACTORES DEL PACIENTE

- El paciente a menudo acude con quejas somáticas y minimiza el componente anímico de la enfermedad.
- Los cuadros médicos concurrentes suelen oscurecer los síntomas psiquiátricos.
- Puede existir una negación de los aspectos psiquiátricos o anímicos por parte del paciente.
- El estigma y la vergüenza producen temor y rechazo a la derivación a salud mental.
- Es frecuente la creencia de que la derivación a salud mental conlleva al abandono por parte de atención primaria.
- Muchos pacientes creen que los trastornos psiquiátricos son intratables o bien de que los tratamientos utilizados alteran la mente o crean adicciones.

3.2. FACTORES DEL MÉDICO

- Falta de tiempo para hacer una derivación o diagnóstico preciso durante una consulta.
- Miedo a sentirse incómodo y estigmatizar al paciente.

- A menudo hay dudas sobre cómo y cuándo derivar al enfermo a los servicios de psiquiatría.
- Temor a que el paciente tenga un cuadro que no responda a tratamiento.
- Experiencias negativas previas del médico con enfermos psiquiátricos, pueden hacer que se establezcan dificultades de comunicación.

4. EVALUACIÓN DEL PACIENTE ENFERMO MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA. LA ENTREVISTA CLÍNICA EFICAZ

La evaluación del paciente con trastorno psiquiátrico va a depender fundamentalmente de la entrevista clínica. La entrevista clínica en atención primaria tiene lugar sobre todo bajo presión de tiempo. Por añadidura, lo pacientes acuden con síntomas psiquiátricos que no tienen ganas de revelar.

Así los objetivos más relevantes de una entrevista clínica en atención primaria se observan en la tabla1).

Existe en los últimos años a disposición de los dispositivos de atención primaria una herramienta informática de evaluación clínica computerizada, la Herramienta Mundial de Evaluación de Salud Mental (GMHAT/PC) que evalúa e identifica problemas de salud mental en la atención primaria en base al CIE-10.

5. FORMAS DE COORDINACIÓN Y COLABORACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL

La coordinación entre el primer nivel, es decir, atención primaria, y el resto de niveles, en el caso que nos ocupa, salud mental, es imprescindible en un sistema de salud pública.

↑ Tabla 1. Entrevista clínica en el paciente enfermo mental

ENTREVISTA CLÍNICA EN EL PACIENTE ENFERMO MENTAL
<p>Relación médico-paciente adecuada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Establecer una relación empática y escucha activa con el paciente. ■ Ser asertivo: es la capacidad para desempeñar de forma plena y con seguridad los deberes y derechos inherentes a un rol social. ■ Ser flexible: modificando la estructura u objetivos fijados en función de los datos que vayan apareciendo. ■ Detectar actitudes y sentimientos del paciente hacia la enfermedad. Ser respetuoso con sus creencias y las de sus familiares.
<p>Historia clínica: obtenerla con toda la información necesaria para el diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Valorar los antecedentes psiquiátricos del paciente y de su familia. ■ Exploración psicopatológica: observar el comportamiento no verbal del paciente (tono de voz, postura, gestos, movimiento, expresión facial, etc.). Valorar la gravedad del paciente y las repercusiones de su trastorno sobre la vida cotidiana (familiar, social, laboral...). Valorar el riesgo suicida y homicida. ■ Formulación diagnóstica: considerar los factores etiológicos en cada caso y ofrecer información al paciente. ■ Planteamiento terapéutico: establecer una alianza terapéutica con el paciente y elaborar el plan de manejo y tratamiento.
<p>Errores frecuentes en la entrevista que debemos evitar son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Avergonzar, incomodar o humillar al paciente sin darnos cuenta. ■ Sacar conclusiones prematuras sobre la naturaleza del problema. ■ Ofrecer soluciones y consejos antes de tiempo, ya que el paciente, que habitualmente lleva preocupado un tiempo por su problema antes de trasladarlo a su médico, puede sentirse despreciado ante una solución tan repentina.



↑ Esta información es aún más válida en un futuro inmediato en el que el previsible incremento de trastornos como la ansiedad, depresión o somatización coexistirá con una disolución progresiva de los sistemas no formales de contención del sufrimiento mental, dejando a las instituciones sanitarias y no sanitarias en primera línea de intervención.

Según la Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH) la atención conductual integral no es una propuesta de todo o nada, más bien se practica en un continuo, basado en un nivel de colaboración.

Este proceso de relación debe establecerse en el marco de las siguientes premisas:

- Se establece un modelo de trabajo colaborativo entre los dos niveles, frente a un modelo puramente de derivación. Para ello, se debe crear un espacio de trabajo y comunicación común.
- Las circunstancias físicas y las actitudes de los profesionales en ambos niveles van a dibujar un entorno con múltiples realidades que se situarán entre unos mínimos muy cercanos a la relación basada en la mera derivación de pacientes y un modelo de colaboración-negociación-evaluación más estrecho.

Las formas de coordinación y colaboración más frecuentes son:

↑ 5.1. PRIMER ESCALÓN

- Interconsulta: es la modalidad básica de interrelación, en la que un médico de atención primaria solicita a salud mental la valoración de un paciente, a modo de intervención complementaria, generalmente de modo puntual, para encauzar un problema que desde atención primaria se considera que el recurso queda insuficiente.

Este modo de comunicación es bidireccional, ya que el médico de familia hace participe al equipo de salud mental de las razones por la que cree necesaria la asistencia especializada y a su vez espera de éstos una devolución informativa de la exploración realizada, medidas tomadas y pautas a seguir. La responsabilidad última sería del profesional consultante (tabla 2).

- Coterapia: relación terapéutica de un paciente (o familia o grupo) con dos profesionales (uno de salud mental y otro de atención primaria). En una relación de este tipo son ambos los que asumen la responsabilidad con respecto al paciente.
- Supervisión: es un acto clínico que dedica su atención preferente a la relación terapeuta-paciente sin olvidar otros aspectos como diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Tabla 2. Criterios de derivación

Entre los criterios de derivación podemos contar con:

- Psicosis.
- Trastorno depresivos severo o resistente a tratamiento.
- Trastorno de personalidad.
- Conductas peligrosas para el paciente o para los demás.
- Ideación o intento suicida.
- Estados emocionales intensos que incapacitan al paciente para realizar actividades simples.
- Conductas disfuncionales que requieren cambios caracterológicos y conductuales.
- Necesidad de tratamientos reservados al especialista.
- Necesidad de ayuda diagnóstica y terapéutica.
- Peritajes jurídico-legales.

↑ 5.2. FORMACIÓN CONTINUADA

Cabe destacar que no todos los pacientes que acuden al médico de atención primaria y presentan un trastorno psiquiátrico son identificados. Los trabajos de Goldberg y Huxley arrojan luz sobre esto y hablan de “morbilidad psiquiátrica aparente”, que sería la observada desde atención primaria y “morbilidad psiquiátrica oculta”, donde se incluirían aquellos que dejan de ser detectados en el primer nivel de atención.

La finalidad de la formación continuada del médico de familia estaría encaminada a ampliar conocimientos, habilidades y actitudes, que permitan reducir el número de pacientes que quedan atrapados en este filtro sin ayuda.

En este sentido los equipos de salud mental enfocarán su formación hacia:

- La identificación del componente emocional de los trastornos en general.
- Mejorar la capacidad de contención.
- Evaluación del contexto sociofamiliar.
- Discriminar qué tipo de intervención es necesario llevar a cabo en cada momento (interconsulta, derivación, solicitud de asesoramiento).

Esta formación se puede llevar a cabo mediante:

- Documental.
- Estudio de los informes de derivación.
- Análisis de las historias clínicas.
- A través de las sesiones formativas clínicas.
- Valoración conjunta de pacientes que los profesionales de ambos niveles conocen.
- Valoración de pacientes que se tratan en AP y cuyos casos se comentan con profesionales de salud mental, sin que tengan que ser vistos necesariamente por éstos.
- A través de las sesiones de formación de contenidos teóricos específicos.
- Grupos Balint: grupo de médicos, coordinados por un profesional de la salud mental, reflexionando sobre la experiencia de la subjetividad en su tarea cotidiana.

↑ 5.3. PROTOCOLOS

En la actualidad contamos con numerosos procesos estandarizados que han sido confeccionados por los equipos de salud mental o las distintas Consejerías de Sanidad para facilitar la detección de determinadas patologías psiquiátricas y establecer algoritmos de actuación homogéneos que permita

la comunicación fluida entre los distintos niveles de actuación.

➤ 5.4. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Los equipos de salud mental, conjuntamente con atención primaria deben desarrollar programas de prevención y protección para la población en riesgo.

Un hecho a tener en cuenta es que existe un elevado porcentaje de patología mental que tiende a la cronicidad, y que los equipos de salud mental deben contar con la posibilidad de trabajar la rehabilitación y reinserción del individuo.

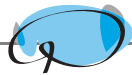
Labor fundamental desde atención primaria sería el seguimiento domiciliario de determinados pacientes, el control del abuso de psicofármacos, el seguimiento de su patología somática concomitante y la promoción de hábitos saludables entre otras medidas.

Existen programas donde coexiste la promoción y refuerzo de salud mental entre grupos no profesionalizados que existen en la comunidad tales como asociaciones culturales, deportivas, vecinales, como de sistemas profesionalizados, donde encuadraríamos la atención primaria, centros educativos, trabajo social, etc.

Además de los citados, existen programas preventivos específicos para salud mental, basados en la aproximación diagnóstica de salud mental de una zona concreta, que sería su población de referencia con sus problemas específicos.

➤ 5.5. PROGRAMAS DE INVESTIGACIÓN

La investigación debería ir encaminada hacia epidemiología psiquiátrica por un lado, detectando poblaciones en riesgo o determinadas particularidades endémicas que puedan requerir la participación coordinada de ambos niveles para hacer diagnósticos de salud de sector. Por otro lado habrá que hacer estudios de evolución de la eficacia y eficiencia de los programas ya puestos en marcha con el objeto de orientar a los profesionales hacia una mejor calidad en la atención.



RECOMENDACIONES CLAVE

Conocimiento y participación en su aplicación de los diferentes procesos asistenciales y/o protocolos de actuación con AP que se hayan establecido.

Establecer una comunicación efectiva y eficiente, mediante “espacios de trabajo” en común para la supervisión, interconsulta, coterapia, formación continuada, investigación.

6. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Fernández Rodríguez LJ. Aspectos básicos de salud mental en atención primaria. Madrid: Ed. Trotta. 1999.

Chamorro García L. Guía de manejo de los trastornos mentales en atención primaria. Barcelona: Ed. RBA Libros, S.A. 2004.

Stern TA, Herman JB, Slavin PL. Psiquiatría en la consulta de atención primaria: guía práctica. Madrid: Ed. McGraw-Hill-Interamericana de España. 2005.

WWW.HFMF.ORG

7. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIFICACIÓN

Vázquez-Barquero L. Psiquiatría en atención primaria. Madrid: Ed. Grupo Aula Médica. 1998.

Tizón JL. Atención primaria en salud mental y salud mental en atención primaria. Barcelona: Ediciones Doyma. 1992.

Goldberg D, Huxley P. Enfermedad Mental en la Comunidad. Nieva. 1990.

Constitución de la OMS. 1946.



95. EL TRABAJO CON FAMILIARES Y USUARIOS



Autoras: Laura Gisbert Gustemps e Itziar Montalvo Aguirrezabala
Tutor: Ramón Coronas Borri
Corporació Sanitària Parc Taulí. Barcelona

CONCEPTOS ESENCIALES

Emoción expresada	Es un concepto amplio referido a las actitudes emocionales de los familiares hacia el individuo con una enfermedad. Estas actitudes incluyen componentes básicos: sobreimplicación emocional, criticismo, hostilidad, calidez y comentarios positivos.
Psicoeducación	Es una estrategia de tratamiento no farmacológico basada en la información sistemática, didáctica y estructurada sobre la enfermedad y su tratamiento para los pacientes como sus familiares.

1. INTRODUCCIÓN

El sistema social y el familiar son los medios ecológicos en los que se desarrollan las personas. Es importante concebir la enfermedad no sólo como un acontecimiento biológico, sino como uno relacional. Enfermedad, familia y medio social establecen entre sí relaciones de causalidad circular. Por un lado, la enfermedad transforma y altera el medio familiar y social y por otro, el medio familiar y social puede transformar la situación, tanto física como psicológica, en una persona y repercutir sobre ella. Por lo tanto, un adecuado tratamiento exige la capacidad de intervenir en las relaciones y situaciones que alrededor de la enfermedad se crean.

2. PECULIARIDADES DE LA ENFERMEDAD MENTAL

2.1. EL PROBLEMA DE LA CRONICIDAD EN LA FAMILIA

La cronicidad parece que, cada vez más, preside la relación del hombre con la enfermedad. Supone para

los pacientes y para sus familias la tarea de enfrentarse a una situación nueva y exigente: la enfermedad crónica (tabla 1).

Tabla 1. Cronicidad y familia

La enfermedad aguda apenas altera las relaciones, roles y estructura de las familias. Las enfermedades crónicas exigen nuevas formas de relación, de organización de tiempos y de los espacios familiares, de cambios en los hábitos, en las relaciones sociales y en la economía de la familia. En el contexto familiar se pueden dar dos tipos opuestos de problemas:

- Familias que niegan la evidencia de la enfermedad en uno de sus miembros y, por tanto, no le dan el apoyo adecuado.
- Familias cuyos miembros, o algunos de ellos, sacrifican su vida y su tiempo por la atención hacia la persona enferma.



En resumen, podemos decir que las enfermedades físicas de tipo crónico y las enfermedades mentales suponen unos importantes cambios:

- En el estado de salud física y de condición psicológica de todos los miembros de la familia.
- En la evolución clínica del cuadro físico o alteración mental de la persona enferma.

2.2. CUIDADORES

Los cuidadores tienen un papel central en la cura del paciente, pudiendo experimentar condiciones estresantes: conductas de abuso, humor lábil, rechazo, patrón de inversión del sueño, dificultades económicas, estigma, pobre red social, preocupación

por el futuro y autoculpabilización. Existe cada vez más evidencia sobre los elevados niveles de estrés y sobrecarga en los cuidadores. En los primeros episodios, el 50% de las relaciones paciente-cuidador se caracterizan por actitudes críticas, hostiles y de sobreimplicación (tablas 2 y 3).

2.3. REACCIONES EMOCIONALES/CONDUCTUALES DE LOS FAMILIARES DE PERSONAS CON TMS: LA EMOCIÓN EXPRESADA

↑ Emoción expresada

La emoción expresada es un concepto amplio referido a las actitudes emocionales de los familiares hacia un individuo enfermo. Estas actitudes incluyen:

Tabla 2. Características generales de los cuidadores

> 50 años.
Género femenino: madres.
Niveles de estrés más elevados en poblaciones con primeros episodios psicóticos.
Sobrecarga y estrés desde la primeras etapas de la enfermedad.

▶ Tabla 3. Problemas comunes de los cuidadores

Falta de información sobre la enfermedad.
Negación.
Vergüenza y estigmatización.
Estrés.
Dificultades para identificar las propias necesidades.
Quien cuidará al paciente cuando yo no pueda.
Pérdida: hijo, vida propia, amigos, objetivos vitales, planes.
Aislamiento.
Enfado (p. ej. restricciones vida propia).
Culpa (p. ej. por el enfado, causas de la enfermedad...).
Falta de comprensión por parte de los servicios.
Riesgo de auto y hetero agresión del paciente o de ser agredido por los otros o tratado injustamente.
Afrontamiento de situaciones de crisis.
Falta de espacios de respiro.
Problemas de manejo de finanzas.
Obligaciones específicas del cuidador.
Impacto en el resto de familiares y relación con éstos.
Manejo de determinadas conductas (falta de actividades...).

sobreimplicación emocional, criticismo, hostilidad, calidez, y comentarios positivos (tabla 4).

Tabla 4. Componentes de la emoción expresada

<p>Comentarios Críticos</p> <p>Comentarios desfavorables sobre la personalidad o conducta de un individuo emitidos con enfado.</p> <p>Ejemplo: “Es que no se ducha”, “No hace nada en todo el día”.</p> <p>Comentarios Positivos</p> <p>Elogios, aprobación o apreciación de la personalidad o conducta de un individuo.</p> <p>Ejemplo: “Nos ayuda mucho” “Es ordenado y aplicado”.</p> <p>Hostilidad</p> <p>Generalización de los comentarios críticos a distintas áreas. Se critica a la persona en términos globales más que su conducta. Implica un rechazo hacia el individuo.</p> <p>Ejemplo: “Es un vago”, “Es un inútil”.</p> <p>Sobreimplicación emocional</p> <p>Respuesta emocional exagerada; autosacrificio, sobreidentificación, conducta sobreprotectora extrema.</p> <p>Ejemplo: “Tengo que estar continuamente a su lado, no haría absolutamente nada si yo no estuviese, ni tan solo comería...”.</p> <p>Calidez</p> <p>Referido solamente a la calidez expresada durante la entrevista sobre la persona. Es muy importante el tono de voz, la compasión y el grado de preocupación e interés para la persona.</p> <p>Ejemplo: “Estamos muy bien juntos”, “Aprendemos el uno del otro”.</p>

La emoción expresada es evaluada mediante la Camberwell Family Interview (CFI; Vaughn & Leff, 1976), una entrevista semiestructurada a los familiares, sobre los síntomas y la conducta del paciente durante los últimos tres meses. Se registra por medio de una grabación para su posterior análisis y puntuación por expertos. La puntuación de cada componente se realiza según su frecuencia de aparición en la entrevista. Posteriormente se clasifican los resultados según

las categorías de alta o baja EE. Si existe hostilidad, una puntuación de 3 o más en sobreimplicación o se realizan 6 o más comentarios críticos, se considera alta EE.

3. INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

3.1. GENERALIDADES

Las nuevas intervenciones psicosociales han surgido en respuesta a los estudios que demuestran asociaciones entre estresores socioambientales y los ciclos de remisión-recaída de la enfermedad. Los niveles familiares de emoción expresada, escaso calor familiar y acontecimientos vitales han sido asociados a exacerbaciones de síntomas en enfermos de salud mental.

Las intervenciones familiares están diseñadas para implicar activamente a las familias en el proceso de rehabilitación y para dar soporte a dichas familias. Entre el 30 y el 65% de los pacientes con enfermedad mental grave viven con sus familiares, y los familiares cuidadores ofrecen apoyo emocional, aseguran la toma de medicación, la vinculación a los servicios sanitarios, y realizan muchas tareas implicadas directamente en la evolución y pronóstico del paciente. La familia convive día a día con el paciente, y tiene el papel de establecer unos límites a los comportamientos perturbadores como fumar, inversión del día y la noche, higiene deficiente, o tomar decisiones dolorosas con respecto al tratamiento involuntario u otras que no son infrecuentes durante el transcurso de la enfermedad mental.

La intervención familiar se ha convertido en foco importante de investigación. Se han publicado numerosos estudios a nivel internacional, atendiendo a aspectos particulares de las diferentes intervenciones, como el impacto sobre la carga del cuidador o el impacto sobre la evolución de la enfermedad mental.

3.2. OBJETIVOS Y CRITERIOS DE SELECCIÓN (tabla 5)

► Los principales objetivos de las intervenciones psicosociales son:

- Prevenir recaídas y reducir síntomas interepisodios con un abordaje enfocado al manejo del



estrés por parte del paciente y familiares. Es también importante para la consecución de este objetivo disminuir la emoción expresada en el entorno familiar.

- Mejorar la adherencia al tratamiento mediante psicoeducación sobre la enfermedad y soporte tanto al paciente como a la familia.

Tabla 5. Criterios de selección para la intervención familiar

Familiares que viven con enfermos que recaen más de 2 veces al año, a pesar de un cumplimiento regular de las prescripciones terapéuticas.

Familiares que contactan frecuentemente con el staff buscando ayuda o soporte.

Familias en las cuales se dan discusiones repetidas que llegan a situaciones de violencia.

Familias que contactan con la policía.

Familiares que están solos y que se hacen cargo de un enfermo.

4. TERAPIAS FAMILIARES DIRIGIDAS A TRASTORNOS ESPECÍFICOS

4.1. ESQUIZOFRENIA Y OTRAS PSICOSIS CRÓNICAS

Se han diseñado diferentes modelos de intervención familiar en la esquizofrenia, mencionamos los principales (tabla 6):

Tabla 6. Principales modelos de intervención familiar en la esquizofrenia

- Paquete de intervenciones sociales de Leff y Vaughn (1985).
- Modelo psicoeducativo de Anderson (1986).
- Intervención cognitivo-conductual de Tarrier (1995).
- Terapia familiar conductual de Falloon (1984).
- Terapia psicoeducativa de grupo multifamiliar Mc Farlane (1995).
- Intervención familiar de Goldstein (1978).

Los modelos de intervención familiar comparten varios componentes:

- Necesidad de la educación sobre la naturaleza de la enfermedad y sus bases biológicas, huyendo de las concepciones erróneas que culpabilizan o estigmatizan a la familia.
- Basados en la evidencia aportada por los estudios de Emoción Expresada.
- Entre los objetivos está presente la reducción del estrés en el seno de la familia (abordaje del manejo del estrés), técnicas de resolución de problemas, enseñanza de métodos de comunicación más adecuados, intervención en crisis y soporte familiar.
- Proporcionar un mejor acceso a los recursos comunitarios disponibles.

Los modelos de intervención familiar se diferencian entre ellos en cuanto a formato de aplicación (de grupo/individual), lugar de administración (domicilio/entorno clínico), inclusión o no del paciente, duración de la intervención, o fase de la enfermedad en la que se realiza la intervención.

Estos tratamientos de psicoeducación familiar se han estudiado en más de 30 ensayos clínicos y se encuentran entre los tratamientos más eficaces en la psiquiatría clínica. Disminuyen alrededor de un 50% los índices de recaída tras la hospitalización.

➡ El enfoque con mayor aval empírico es la terapia de grupo multifamiliar, que se distribuye en tres fases:

- Sesiones de incorporación: consta de tres sesiones con cada familia y se realizan mientras el paciente recibe el tratamiento de los síntomas psicóticos agudos por separado. El objetivo principal es implicar a los miembros de la familia en el tratamiento, educar respecto a la necesidad de tratamiento, evaluar las necesidades específicas de cada familia y enfocar los problemas específicos de cada unidad familiar.
- Taller de habilidades de supervivencia: tiene una duración de 6 horas, y se imparte con todas las familias que participarán en la terapia de grupo multifamiliar. Es un taller didáctico, proporcionando información respecto a la etiología, la

biología, la genética, los síntomas y el tratamiento de la enfermedad mental grave, seguido de una discusión abierta de la información proporcionada.

- Terapia de grupo multifamiliar: dos sesiones al mes durante un mínimo de 9 meses, seguido de reuniones mensuales durante 6 o más meses (y hasta 2 años dependiendo de las necesidades de cada unidad familiar). Las sesiones de grupo se estructuran de la siguiente manera: Cuidados y puesta en común, seguido de discusión en grupo (con preguntas y respuestas sobre las preocupaciones o dudas de cada familia), donde comparten las experiencias personales y las estrategias de afrontamiento para manejar los problemas frecuentes, proporcionándose apoyo de grupo mutuamente. Se enseñan habilidad de afrontamiento y resolución de problemas. Cada sesión termina con la revisión de las ganancias obtenidas por los miembros de las familias esa semana.

4.2. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD (TLP)

4.2.1. Trastorno límite de la personalidad (TLP)

Los familiares de pacientes afectos de un TLP frecuentemente son olvidados por el sistema de salud a diferencia de los de otros trastornos mentales serenos.

Siete de los nueve síntomas del TLP (DSM-IV-TR) afectan directamente a las relaciones interpersonales (temor al abandono, ira, relaciones inestables, impulsividad, conductas suicidas o parasuicidas, inestabilidad afectiva, trastornos de la identidad), y los dos restantes afectan a los familiares de manera indirecta (sentimientos de vacío crónicos, síntomas disociativos). Ello justifica el hallazgo de altos índices de depresión, estrés y duelo en familiares de TLP.

Cada vez hay más evidencia de que la psicoeducación y los enfoques de entrenamiento en habilidades para las familias con miembros con TLP resultan beneficiosos en la evolución del trastorno. Recientemente se han publicado varias intervenciones, entre ellas el programa de conexiones familiares y el desarrollo del entrenamiento en sistemas para la predicción emocional y la resolución de problemas.

A continuación exponemos de manera esquemática las características del Programa de Conexiones Familiares:

- Programa basado en la terapia Dialéctica Conductual.
- Duración de 12 semanas.
- Grupos educativos multifamiliares.
- Proporciona un grupo que se expande a la red social.

Formato: distribuido en 6 módulos:

- Módulo 1: información e investigación sobre TLP.
- Módulo 2: psicoeducación.
- Módulo 3: habilidades individuales que promueven el bienestar emocional (incluye el autocontrol emocional, concienciación, reducción a la vulnerabilidad a las emociones negativas, reducción de la reactividad emocional).
- Módulo 4: habilidades familiares para mejorar la relación familiar.
- Módulo 5: adecuada expresión (“cómo validar”).
- Módulo 6: solución de problemas.

Además de las intervenciones específicas mencionadas, existen también varias organizaciones nacionales para familiares y páginas web y libros orientados a ayudar a estas familias, proporcionando información y creando grupos de apoyo.

4.3. TRASTORNO BIPOLAR

El trastorno bipolar puede repercutir considerablemente en la vida familiar y relacional del paciente. Se han realizado estudios de psicoterapia destinada a los familiares, y se ha visto que las familias que presentan una elevada emoción expresada (EE) hacia el paciente se asocian a mayores índices de recaída. Se realizó en el año 1990 una adaptación del método de Terapia Familiar Conductual creado para pacientes con Esquizofrenia, para familiares de personas afectas de Trastorno Bipolar (Family focused Treatment (FFT), Miklowitz and Goldstein, 1990). El tratamiento se focaliza en las actitudes de la familia, en la comunicación y estilos de resolución de problemas. La duración de la FFT es de 9 me-



ses y normalmente se lleva a cabo en 21 sesiones distribuidas en cinco etapas (tabla 7).

Los diversos estudios de eficacia de la FTT han mostrado que contribuye significativamente a la reducción de recaídas depresivas comparando con el manejo clínico o terapia individual.

4.4. TRASTORNO RELACIONADO CON SUSTANCIAS

El abuso de sustancias tiene un importante impacto sobre la familia, que a su vez desempeña un papel primordial tanto en el desarrollo de la patología como en su tratamiento. La terapia familiar intenta modificar interacciones familiares adversas, y es importante conocer los factores de riesgo y protectores familiares con respecto al abuso de sustancias.

Los enfoques de grupo y familiar pueden resultar beneficiosos para tratar a los individuos con problemas de abuso de sustancias o adicción.

Hay tres fases básicas en la terapia familiar:

1. Desarrollar un sistema realista destinado a establecer y mantener un estado libre de droga.
2. Establecer un método viable de terapia familiar.
3. Orientar la readaptación de la familia después del cese del abuso de drogas.

El sistema desarrollado para lograr el estado libre de droga debe ser personalizado, teniendo en cuenta diversas variables de cada caso como las sustancias objeto de abuso, la reactividad de la familia, los factores de riesgo y protectores, la fase de la enfermedad, la edad y los rasgos caracteriales del paciente.

Se han desarrollado técnicas de la terapia familiar cuyos objetivos son modificar los comportamientos en el seno de la familia y reestructurar las interacciones familiares para lograr un funcionamiento óptimo. Incluyen el contrato terapéutico, vinculación (comprende mantenimiento, seguimiento y mimetismo), actualización, fijación de límites, asignación de tareas, reformulación, paradoja, equilibrio y desequilibrio y creación de intensidad.

También se han aplicado técnicas cognitivo-conductuales a la terapia familiar, que comprenden:

- Análisis funcional.
- Habilidades de control de estímulos y de afrontamiento.
- Reordenamiento de contingencias (refuerzo de un estado libre de drogas).
- Reestructuración cognitiva.
- Planificación de alternativas al consumo de drogas.
- Resolución de problemas.
- Planificación del mantenimiento.

 Tabla 7. Etapas de la FFT

1. Adherencia: el terapeuta explica el protocolo a la familia y establece una relación empática con los miembros de la familia.
2. Evaluación inicial: evaluar los niveles de emoción expresada, la calidad de la comunicación y los estilos de resolución de problemas.
3. Psicoeducación familiar (7 sesiones): se proporciona información sobre el trastorno bipolar, teniendo en cuenta el patrón particular de comportamiento de la persona afecta tanto en los episodios maníacos como en los depresivos. El terapeuta debe explorar la actitud de la familia hacia el tratamiento farmacológico, enfatizando la importancia de la adherencia al tratamiento. Se adopta el modelo de vulnerabilidad al estrés, se identifican los factores de riesgo y protectores de las recaídas. Así se intenta fomentar en la familia un ambiente predecible y con un bajo nivel de estrés.
4. Entrenamiento en la mejora de la comunicación (7 sesiones): enseña a los miembros de la familia a realizar una escucha activa, a expresar emociones positivas y negativas de manera adecuada, y a realizar peticiones de cambio sin juzgar.
5. Técnicas de resolución de problemas (5 sesiones): los participantes aprenden a describir un problema, evaluar diferentes opciones y a implementar las soluciones. La familia, con la ayuda del terapeuta, resuelve problemas relacionados a la adherencia al tratamiento, dificultades de la vida diaria y reincorporación a los roles anteriores.

RECOMENDACIONES CLAVE

En el tratamiento del paciente psiquiátrico, intentar entablar relación con su familia.

Averiguar los niveles de emoción expresada y apoyo familiar hacia el paciente.

Solicitar ayuda en forma de recursos psicosociales en casos con problemas de soporte familiar.



5. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Psiquiatría en Atención Primaria. Vázquez-Barquero JL. 1ª ed. Ed. Aula Médica Ediciones.

Tratamientos de los Trastornos Psiquiátricos. Gabbard GO. Ed. Ars Médica. 2008.

Goodwin FK, Redfield Jamison K. Manic-Depressive Illness. Bipolar Disorders and Recurrent Depression. 2nd ed. Ed. Oxford University Press, 2007.

Rummel-Kluge C, Kissling W. Psychoeducation for patients with schizophrenia and their families. Expert Rev Neurother. 2008 Jul;8(7):1067-77.

Murray-Swank AB, Dixon L. Family psychoeducation as an evidence-based practice. CNS Spectr. 2004 Dec;9(12):905-12.

6. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, Lucksted A. Family psychoeducation and Schizophrenia: A review of the literature. Journal of Marital and Family Therapy. 2003 April;29(2):223-45.

Miklowitz DJ, Richards JA, George EL, Frank E, Suddath RL, Powel KB, Sacher JA. Integrated family and individual therapy for bipolar disorder: results of a treatment development study. J Clin Psychiatry. 2003 Feb;64(2):182-91.

Gunderson JG, Berkowitz C, Ruiz-Sancho A. Families of borderline patients: a psychoeducational approach. Bull Menninger Clin. 1997;61:446-457.

Miklowitz DJ, Axelson DA, Birmaher B, George EL, Taylor DO. Family-Focused Treatment for Adolescents with Bipolar Disorders. Arch Gen Psychiatry. 2008;65(9):1053-1061.

Kim EY, Miklowitz DJ. Expressed emotion as a predictor of outcome among bipolar patients undergoing family therapy. Journal of Affective Disorders. 2004 Nov 1;82(3):343-352.



96. GESTIÓN CLÍNICA Y DOCUMENTACIÓN DE UN ESM



Autores: Eva González Ríos y Juan Ramón León Cámara
Tutor: José Manuel García Ramos
Hospital Universitario Puerta Del Mar. Cádiz

CONCEPTOS ESENCIALES

La gestión supone toma de decisiones, seguimientos de las mismas y evaluación de resultados. Todo ello ligado a factores culturales que han evolucionado según el momento histórico-económico.

Se impone poco a poco la gestión basada en la calidad y los valores; valores según los principios básicos de la bioética y calidad, en términos de efectividad, eficacia y eficiencia.

La gestión se realiza a diversos niveles: macro (p. ej. área de salud, unidad de gestión clínica), meso (p. ej. servicio o sección) y micro (p. ej. proceso asistencial).

Las unidades de gestión clínica permiten una homogenización de la gestión teniendo al paciente como eje principal del sistema.

Según su función, los documentos en salud mental, pueden ser: legales o administrativos o contener información útil para la clínica, la epidemiología, investigación y formación. Existen sistemas específicos de recogida.

1. INTRODUCCIÓN, HISTORIA Y FILOSOFÍA

➔ Gestión es un término genérico procedente del mundo de la empresa, que hace referencia al proceso por el cual se optimizan los resultados en relación a los recursos utilizados. Fundamentalmente y a modo general, supone la toma de decisiones, el seguimiento de las mismas y la evaluación del resultado.

En el área de la salud pública parecería que este proceso debería estar en manos de sujetos expertos ajenos al trabajo clínico y en una posición jerárquica alta, casi a nivel político, y así ha sido durante mucho tiempo, incluso con el visto bueno del personal sanitario que se sentía ajeno a los problemas económicos y organizativos. Pero el diagnosticar, poner tratamientos, derivar a un hospital o no, son decisio-

nes que, aparte de su valor clínico, tienen un efecto económico y también organizativo importante y, poco a poco, la gestión se ha hecho insustituible en la formación y práctica del personal sanitario. Por eso, desde los sistemas públicos se ha dado una mayor o menor delegación de decisiones de gestión a los clínicos (*empowerment*) y la contrapartida de rendir cuentas sobre éstas (*accountability*).

➔ En los últimos cuarenta años el peso de la toma de decisiones ha ido parejo a determinados elementos que estaban en relación a problemas de la época:

- Años 70: crisis del petróleo: preocupación por costes (eficiencia).
- Años 80: industria del automóvil: preocupación por la calidad.



- Años 90: informática: preocupación por lo correcto, medicina basada en la evidencia (MBE).

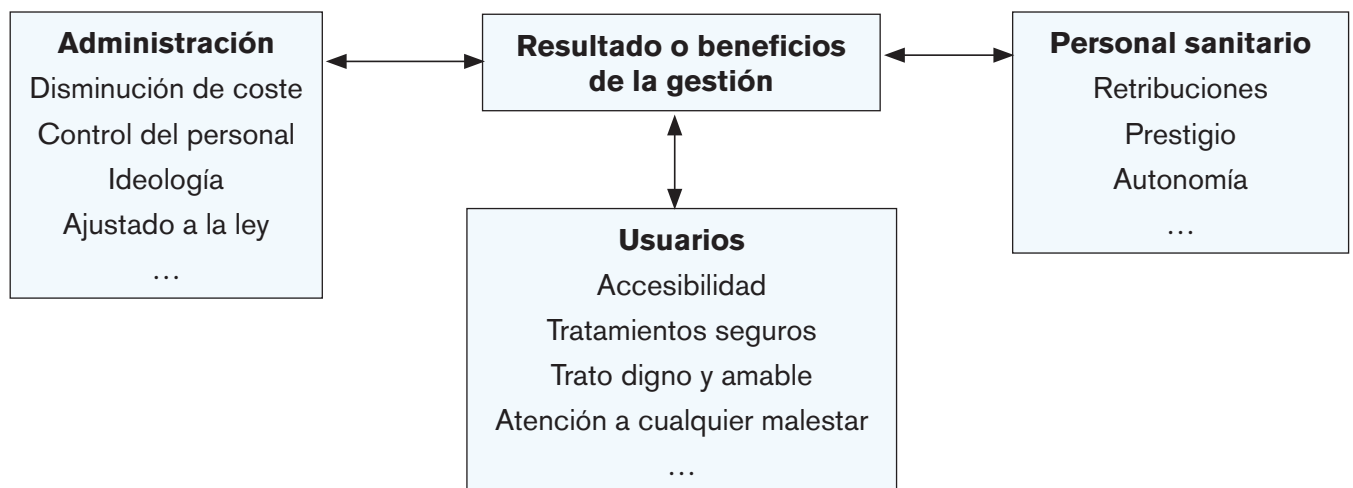
➡ Por otro lado, en el mundo anglosajón, aparece el concepto de medicina gestionada: el financiador contrata algún sistema de proveedor de servicios que a su vez contrata a profesionales sanitarios que realizan los servicios con determinadas cláusulas (con protocolos, calidad, número de pacientes atendidos...).

También, para contrarrestar algunos sesgos que se producían con el sistema anterior, surge la gestión de enfermedades: se eligen determinadas enfermedades (por prevalencia, costes elevados, cronicidad) y se les aplican programas basados en la evidencia, con mejor coordinación entre niveles y más eficientes técnicamente.

En algunas autonomías, estos conceptos han derivado en medicina gestionada: unidades de gestión clínica; gestión de enfermedades: procesos o programas asistenciales integrados.

➡ Uno de los objetivos esenciales es la búsqueda de resultados, los cuales están en relación a la tensión dinámica de varias instancias; todo ello influenciado por elementos culturales de donde se realice la gestión, ética, costumbres, elementos ideológicos... Muchos de los cuales entrarán en colisión y, a veces, incluso ser incompatibles, de ahí la necesidad de priorizar según unos criterios fijos: resultado, calidad, valores, costes... (figura 1).

➡ Figura 1.



2. GESTIÓN CLÍNICA

2.1. MODELO GENERAL. CONCEPTO

Entrada al sistema (demanda) → Información
→ Análisis de la demanda.

Actuaciones del sistema → Información
→ Análisis de las prácticas.

Salida del sistema → Información
→ Análisis de resultado.

➡ Se irá mejorando el sistema en relación a “los productos” que se quieran, mejorando la atención a la demanda, de las prácticas clínicas y de resultado. En general, el principal producto es la salud o, al menos, la mejora del bienestar; otros productos que además inciden en el principal serían: formación, investigación, satisfacción de los agentes (usuarios, familiares, profesionales, etc...), gestión (mejora de las técnicas e instrumentos).

➡ Un sistema que poco a poco se está imponiendo es el de Gestión Basada en la Calidad y en Valores. Los valores tendrán en la gestión una función operativa (“cómo”) y otra teleológica (“para qué”) y enmarcarán todos los demás elementos de la gestión, rigiéndose por los principios clásicos de la ética médica:

- Beneficencia: las actuaciones irán dirigidas siempre al beneficio del paciente, evitando a la vez todos los males y perjuicios que pue-

dan producirse. En caso de duda, el análisis de riesgo-beneficio es la manera de actuar por el médico.

- **Autonomía:** una vez informado técnicamente, se deben respetar las decisiones y acciones del paciente en lo referido a su salud, dentro también de la más estricta confidencialidad.
- **Justicia:** todos los pacientes deben ser tratados con equidad, o lo que es lo mismo con un criterio de igualdad. Dado que los recursos de la sociedad son limitados, aquí entran otros valores no éticos como el económico (efectividad y costes) para poder atender al máximo número de pacientes, y otros culturales y políticos.

➔ Según la Real Academia de la Lengua, la calidad se define como la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo (en nuestro caso, a un servicio) que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie. Desde el punto de vista sanitario, es el grado de capacidad que puede tener una organización o un acto concreto para satisfacer las necesidades de salud de los consumidores. También se define como: ofrecer a los pacientes los mejores resultados posibles en nuestra práctica profesional diaria (efectividad), acordes con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad (eficacia), con los menores costes e inconvenientes para el paciente y la sociedad en su conjunto (eficiencia).

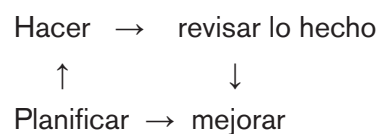
2.2. CLASIFICACIÓN. CÍRCULO DE MEJORA DE SHEEHAM

➔ Podríamos dividirla en varios tipos:

- **Calidad de inspección:** con el estudio del producto (servicio) acabado.
- **Calidad del proceso:** con el estudio y control del producto mientras se esta realizando; fundamentalmente se fiscaliza la variabilidad del proceso, para conseguir la mejora continua.
- **Calidad total:** donde se implican todos los actores del servicio, de forma activa y participativa, incluidos los usuarios, fundamentalmente para prevenir los errores más que para corregirlos. Hoy en día es el más usado, pero sin olvidar las necesidades de inspección ni de controlar el proceso.

➔ En la práctica diaria, los atributos más sustanciales de la calidad total son: eficacia, eficiencia, seguridad, competencia profesional, cualificación científico-técnica, continuidad asistencial, operatividad de los equipos, satisfacción y participación de los pacientes y los profesionales.

⬆️ Esto se realizará con un modelo general como resume, por ejemplo, el Círculo de Mejora de Sheehan:



- **Planificar:** fundamentalmente centrado en el análisis de la demanda del equipo de salud mental, cuantitativamente y cualitativamente, para responder a preguntas como: ¿cuántos?, ¿quién?, ¿qué necesidades tienen?, ¿quién lo deriva?... y de los recursos de que disponemos, con lo que podríamos ya plantearnos qué hacer.
- **Hacer:** centrado en qué se hace con el usuario: demora, diagnóstico, número de intervenciones, tratamientos que se realizan.
- **Revisar lo hecho:** centrado en los resultados, tanto a nivel clínico como de satisfacción de los usuarios y de los derivantes y, en general, de la comunidad. Con esta información estaremos en condiciones de pasar al siguiente escalón.
- **Mejorar:** analizando nuestros puntos fuertes para mantenerlos e incluso aumentarlos. Observando los errores y puntos débiles: clínicos y estructurales. Buscando las oportunidades de cambio. Y con todo esto, volver a planificar qué hacer para comenzar de nuevo el círculo de mejora.

2.3. NIVELES EN LA GESTIÓN (DONDE SE REALIZA LA GESTIÓN)

➔ **2.3.1. Nivel "macro" de las organizaciones sanitarias (áreas de salud, hospitales, distritos, centros, servicios, unidades de gestión clínica)**

Sistemas de calidad y su acreditación, certificación o evaluación externa.



2.3.2. Nivel "meso" (unidades funcionales: servicios, secciones, unidades de gestión clínica, departamentos administrativos)

Programas específicos de calidad/gestión clínica.

2.3.3. Nivel "micro" u operativo (medición, evaluación y mejora continuada de aspectos, dimensiones y atributos de calidad de un proceso asistencial, técnica o procedimiento terapéutico)

Indicadores.

2.4. INSTRUMENTOS EN GESTIÓN CLÍNICA.

2.4.1. Instrumentos Técnicos Clásicos

1. Delimitar responsables de las actividades y programas.
2. Cartera de clientes.
3. Catálogo de servicios.
4. Control de la actividad y del tiempo.
5. Indicadores: sobre niveles de calidad, objetivos y comparaciones externas (estándares).
6. Evaluación interna y mejora continuada.
7. Reuniones internas sobre calidad y otros mecanismos de retro-información.
8. Formación continuada e investigación.
9. Reuniones internas sobre continuidad terapéutica y accesibilidad.
10. La voz del cliente (encuestas, quejas y reuniones con allegados y pacientes).
10. Evaluación externa: auditorias externas de comprobación y certificación.
11. Manual de calidad: descripción del programa de calidad y de su seguimiento.

2.4.2. Instrumentos Actuales para la Gestión

- Planes de Salud Mental. Son documentos producidos por una organización (OMS, Ministerios y Consejerías de Salud, etc.), referenciadas a un plazo de tiempo, normalmente plurianual,

sobre problemas o trastornos clínicos que se consideran prioritarios para esa organización, marcando objetivos, metodología, estándares de calidad, responsables, y medios y técnicas para la evaluación de resultados.

- Medicina Basada en la Evidencia (MBE). Investigación centrada en la eficacia, que evalúa fundamentalmente la tecnología médica para conseguir la mejora continua de la calidad, definida ésta como la elección de los procedimientos y tratamientos que producen mejores resultados y menos efectos secundarios. Utiliza su propia metodología (ensayos clínicos controlados, meta-análisis, comité de expertos, etc...). Esta información va dirigida fundamentalmente a los clínicos.

- Gestión por Procesos. Referido al control, evaluación y mejora de los procesos asistenciales. La MBE, en este caso, estaría focalizada en la efectividad y dirigida hacia los gestores.

- Unidades de Gestión Clínica (UGC). Se trata de una agrupación de servicios, que se organizan con una misión común: la atención globalizada al paciente, que se convierte en el centro del sistema, mediante la implicación de todos en la gestión, facilitando así la calidad y la continuidad de cuidados. Como características propias de las UGC tenemos:

- Poseen cierta autonomía (este nivel cambia en las distintas comunidades autónomas).
- Homogeniza instrumentos clínicos de gestión, tendiendo a disminuir la variabilidad de la asistencia.
- Establece planes de mejora.
- Hace de centro de sistema al cliente (no sólo en la atención clínica, sino también en la formación de los profesionales y la investigación, que estarán dirigidas a las necesidades de éste).

El eje de la actividad es el acuerdo de gestión con unos indicadores claros que, de cumplirse, tendrán luego unos incentivos económicos acordados. El acuerdo de gestión será el resultado de una propuesta de la administración sanitaria acordada con el jefe de la unidad, que la consensuará a su vez con todos los profesionales.

2.5. EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

Entendiéndose por ello la comprobación del grado de cumplimiento de unos objetivos previamente definidos.

➤ Tradicionalmente se habla de:

- Niveles estructurales: adecuación de los medios humanos, materiales, arquitectónicos y financieros que existen para llevar a cabo los objetivos que se quieren alcanzar.
- Del proceso: analiza al conjunto de procedimientos técnicos y administrativos que constituyen la actividad general a través de los cuales se proporcionan al cliente los cuidados necesarios.
- De resultados: se analiza el resultado de todas las acciones del equipo en términos de evitar, mejorar o curar el trastorno y los efectos negativos de las actuaciones, así como la satisfacción del usuario y profesional. Utilizan indicadores de tipo índice: cuestionarios específicos de psicopatología, de calidad de vida, de satisfacción del usuario...

➤ 3. DOCUMENTACIÓN

Los documentos que se generan en un equipo son múltiples y tienen funciones variadas:

- Legales y administrativas.
- Como sistema de información para la gestión clínica, la epidemiología, la investigación y la formación.

Sin ánimo exhaustivo, en un centro de salud mental tendríamos los siguientes documentos:

- La historia clínica:

Es el eje fundamental clásico y todavía actual, ya sea escrito o en formato digital, donde incluir la mayoría de los otros documentos que se complementan con instrumentos para la recogida de datos recogidos digital o manualmente. Normalmente estos documentos producen los datos que luego se explotarán para las distintas funciones.

- El sistema de información, que generalmente consta de:
 - Sistema de recogida de datos administrativos y de asistencia.
 - Datos de personal: entrada (*inputs*), horarios de entrada y salida, rendimiento, actividades de formación, salida (*outputs*), incentivar, análisis de recursos.
 - Datos logísticos: entrada, demanda de citas, dónde se producen, altas, reingresos, quejas y reclamaciones, salidas estadísticas de gestión, indicadores de procesos, etc...
 - Datos de costes y financieros.
- El sistema de registros de casos en sus tres variedades:
 - Conjunto mínimo básico de datos (CMBD): normalmente consta de datos sociodemográficos del paciente, diagnóstico y los tratamientos aplicados en el episodio que se recoge. Extraíble de la historia clínica u obtenida por separado.
 - Conjunto uniforme de datos: usaríamos el mismo concepto que en el anterior caso, pero referenciado al conjunto de servicios en un área determinada lo más grande posible (región, país e incluso a nivel supranacional), con lo que se ganaría en homogeneidad y operatividad en el uso epidemiológico y de investigación.
 - Registro acumulativos de casos: referido a un trastorno en concreto (por ejemplo: esquizofrenia), con una ficha personal, en un área determinada y con recogida acumulativa de datos a lo largo del tiempo.

La tradicional actividad de proyectar un sistema de información y de ponerlo en práctica y evaluarlo para luego mantenerlo, con el coste económico y de esfuerzo que supone y con la espada de Damocles de que su interrupción prácticamente lo invalida, ha cambiado hoy día con la tecnología informática y con la existencia de programas ya diseñados para los equipos de salud mental.

- Otros documentos:
 - Cartera de servicios: procedimientos diagnósticos y terapéuticos que oferta el centro de salud mental.



- Cartera de clientes: listado de usuarios, profesionales de otros centros sanitarios, instituciones, etc., que demandan cualquier tipo de servicio de la unidad de que se trate. Manual de calidad: documento que describe el programa de calidad, responsable, contenidos y su mantenimiento.
- Manual de procesos asistenciales integrados.
- Libro de reclamaciones.
- Memoria anual.
- Formularios para el consentimiento informado, al menos por ahora, para tratamiento farmacológico en niños (sobre todo para estimulantes), para la clozapina y embarazadas.

RECOMENDACIONES CLAVE

Los conocimientos sobre la gestión deben de asimilarse en el periodo de formación, dada la necesidad de ellos para un futuro profesional.

Relación de los momentos históricos como motivos en el cambio de la gestión (ahorro, calidad, científicidad, etc.).

Lo sustantivo del lugar donde se realiza la gestión. En nuestro caso la Unidad de Salud Mental Comunitaria, ya que su relación con la asistencia primaria, el contacto cercano con la comunidad e intervención en las crisis que se producen en ella, hacen que las prioridades fundamentales para la gestión, sin renunciar a otras, sean: la flexibilidad, la disponibilidad y la accesibilidad. Teniendo en cuenta que en otros dispositivos pueden cambiar.

Tener en cuenta los valores éticos, muy bien resumido en un credo: Credo de Sabin.

- Como médico clínico, me dedico a cuidar a mis pacientes en una relación de fidelidad y al mismo tiempo actúo como administrador de los recursos de la sociedad.
- Como médico clínico, creo que es éticamente obligatorio recomendar el tratamiento menos costoso, a menos que tenga pruebas importantes de que una intervención más costosa probablemente consiga una mejor evolución.
- En mi papel de gestor debo defender la justicia en el sistema de atención sanitaria, al igual que como clínico debo defender el bienestar de mi paciente.
- En caso de duda entre la eficacia y la eficiencia de un tratamiento, cuando trabajo en un sistema justo que no lo pagaría, me llevaría a no realizarlo y comentárselo clara y abiertamente a mi paciente.

4. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Carmona J, Del Río Noriega (coord.). Gestión clínica en salud mental. Madrid. AEN. 2009.

Guimón J. Psiquiatras de brujos a burócratas. Barcelona: Ed. Salvat. 1990.

Muñoz PE. La medicina basada en pruebas y organización asistencial psiquiátrica. Monografías de psiquiatría. 2000;3:21-31.

Izarzugaza E. La calidad es una enfermedad contagiosa. Modelo de gestión de calidad EFMQ. Norte de salud mental. 2005;22:28-40.

Barcia Salorio D. Tratado de psiquiatría. Madrid: Ed. Aran. 2000.

5. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Badia X, Salamero M, Alonso J. La medición de la salud. Barcelona: Ed. Edimac. 2003.

Sabin JE. A credo for ethical manager care in mental health practice. Hosp. Community psychiatry. 1994;45:859-860.

El plan andaluz de calidad del sistema sanitario público de Andalucía. 2005-2008. Sevilla. Consejería de Salud Junta de Andalucía. 2005.

Desviat Muñoz, M. De lo público a lo privado y el futuro de la asistencia a la salud mental. Norte de salud mental. 2008;7:31.





97. PSIQUIATRÍA COMUNITARIA: ASPECTOS ÉTICOS MÉDICO-LEGALES



Autoras: Nieves Rodríguez y Francisca Romero Marmaneu

Tutor: Carlos Knecht

Hospital General de Castellón. Castellón

CONCEPTOS ESENCIALES

El acto médico psiquiátrico debe ser siempre ajustado al buen hacer profesional o Lex Artis, pues es la manera más eficaz para evitar conflictos éticos y problemas legales.

El residente de psiquiatría debe conocer la legislación vigente por la que se rigen el secreto profesional, el consentimiento informado (que regula a su vez el tratamiento involuntario) y la incapacitación, pues todos ellos dan origen a situaciones con las que se encontrará frecuentemente en la práctica clínica en el ámbito ambulatorio.

Tenemos el deber ético y legal de colaborar con la justicia, lo que en ocasiones puede suponer ser llamado como testigo o como perito. El psiquiatra debe conocer qué es lo que se espera de él, aportar únicamente la información que sea necesaria para el proceso y expresarse en un lenguaje claro y comprensible para todos los presentes.

1. INTRODUCCIÓN

El ejercicio de la psiquiatría está sujeto a una serie de consideraciones éticas y legales, que el profesional debe tener en cuenta si desea que su práctica clínica sea la correcta y evitar cometer errores que puedan dar pie a conflictos de tipo legal. En este sentido, por un lado, la psiquiatría nos presenta cuestiones similares a la de cualquier otra especialidad médica. Aspectos como el secreto profesional o las creencias religiosas que limitan actos médicos específicos, pueden ser en ocasiones fuente de dilema y decisiones difíciles. Por otro lado, la propia naturaleza de la enfermedad mental puede añadir aún más complejidad a las decisiones, al entrar en juego aspectos como los límites al consentimiento informado, la incapacitación o el tratamiento involuntario. Todo esto hace que sea cada vez mayor la necesidad del psiquiatra de conocer cómo debe adaptar su práctica clínica al marco impuesto por la ética y por la legislación vigente. En este capítulo se

tratará de dar respuesta a algunos de los problemas éticos y legales que puedan surgir a lo largo de la formación del médico residente de psiquiatría en el ejercicio de la profesión a nivel ambulatorio.

2. LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

La responsabilidad es la obligación de reparar y satisfacer (por uno mismo o, en ocasiones especiales, por otro) la pérdida causada, el mal inferido o el daño originado. Puede ser de cuatro tipos (tabla 1).

Para que exista responsabilidad han de cumplirse una serie de premisas:

- Que exista una obligación preexistente de asistencia. Puede ser contractual (por arrendamiento de servicios) o extracontractual (por imperativo legal o conforme a los deberes propios del médico).




Tabla 1. Tipos de responsabilidad profesional en psiquiatría

DEONTOLÓGICA O ÉTICA	Acontece cuando el profesional sanitario no ajusta su funcionamiento profesional al Código Deontológico y a sus principios básicos.
DISCIPLINARIA	Acontece cuando se incumplen las normas que regulan las relaciones entre el profesional y la administración, pública o privada, para la que trabaja.
CIVIL	Acontece cuando se produce daño o perjuicio a un paciente, que debe compensarse mediante una indemnización. Ajustada al Código Civil, La Ley de Enjuiciamiento Civil y la Jurisprudencia del Tribunal Constitucional y del Tribunal Supremo.
PENAL	Acontece cuando se cometen delitos o faltas, definidas en el Código Penal (Art. 10) como acciones y omisiones dolosas o imprudentes penadas por la ley. Si el profesional comete un delito en el ejercicio de su profesión, se le impone la pena según las leyes penales, y está obligado también a indemnizar los daños y perjuicios causados, es decir, la responsabilidad penal lleva implícita la responsabilidad civil.

► Tabla 2. Situaciones que pueden generar responsabilidad penal en psiquiatría

Al utilizar los conocimientos para delinquir con intencionalidad de producir la acción (“dolo”).
Impericia: falta de conocimientos básicos para el ejercicio de la profesión. No incrimina el error diagnóstico ni exige una pericia extraordinaria, pero sí es punible la “ignorancia inexcusable”.
Imprudencia: Cuando se asume un riesgo superior al permitido por los conocimientos científicos al uso. El homicidio por imprudencia grave se castiga con pena de prisión de uno a cuatro años, además de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión de tres a seis años.
Negligencia: actuación profesional en la que no se guarda el mínimo de precaución o decoro. Conducta manifiesta y claramente descuidada y dejada.
Omisión del deber de asistencia sanitaria (Art. 196).
Intrusismo (Art. 403).
Falsedad en certificado médico (Art. 397-398).
Eutanasia (inducción al suicidio) (Art. 143).
Manipulación genética (Art. 159-162).
Aborto (Art. 144-147).
Delitos contra la salud pública (Art. 359-362).
Violación del secreto profesional (Art. 197-199).
Lesiones (Art. 147, 149, 150).
Como cualquier otro ciudadano.

■  Que se produzca una transgresión de la “*Lex Artis*”, el equivalente al buen hacer profesional. Se dice que un médico actúa conforme a la “*Lex Artis*” cuando lo ha hecho con arreglo a los conocimientos científicos vigentes, aplicando conocimientos y habilidades actualizados y habiendo respetado los derechos del enfermo a la información, confidencialidad y consentimiento informado. La “*Lex Artis ad hoc*” sería la actuación siguiendo la “*Lex Artis*” pero en un

caso concreto y teniendo en cuenta las características específicas tanto del médico como del momento y del paciente (experiencia, lugar de trabajo, medios materiales disponibles, circunstancias o complejidad del caso, etc.).

- Que sea ocasionado de un daño (físico, psicológico, moral, patrimonial, etc.).
- Que se pruebe una relación causa-efecto entre la acción médica y el daño (tabla 2).

3. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES DEL ACTO MÉDICO PSIQUIÁTRICO

El acto médico constituye la relación establecida entre el médico y paciente. De este acto médico debe quedar constancia en la historia clínica que tiene un importante valor legal, ya que sirve como testimonio escrito de que ha existido una adecuada prestación de servicios sanitarios y de si la actuación del psiquiatra se ha ajustado conforme a lo exigido por la ley.

Se han descrito una serie de principios bioéticos recomendables para el ejercicio de la práctica profesional psiquiátrica (tabla 3).

Muchos de los principios éticos citados tienen además su equivalente en la legislación vigente, que marcará no solamente la obligatoriedad de los mismos, sino también los límites o excepciones a su aplicación y las penas impuestas en caso de que la actuación del médico no se ajuste a lo establecido. Repasaremos a continuación aquellas que por su frecuencia o relevancia debemos considerar siempre en el ejercicio de la profesión.

3.1. CONFIDENCIALIDAD

El psiquiatra tiene obligación ética y legal de guardar reserva y garantizar la privacidad de toda la información aportada por el paciente y de la obtenida a través de las exploraciones complementarias que se realicen, con las salvedades dispuestas por la normativa legal. El secreto profesional obliga tanto al médico responsable del paciente (secreto profesional directo) como al resto de profesionales sanitarios que intervienen en la labor asistencial (secreto profesional compartido), además de a los trabajadores no sanitarios (celadores o administrativos) que pueden entrar en contacto con información sensible (secreto profesional derivado). El Código Penal vigente es contundente a la hora de sancionar el quebrantamiento del secreto profesional, castigándolo con una pena de prisión (de 1 a 4 años) y de inhabilitación profesional (de 2 a 6 años).

Pueden surgir complicaciones éticas en aquellas situaciones donde los límites entre aspectos clínicos, sociales y legales son poco nítidos. Ejemplos de estas situaciones serían los conflictos entre confidencialidad legal y clínica, las situaciones derivadas de la

Tabla 3. Principios de bioética para el cuidado de personas con enfermedad mental

Altruismo: compromiso de prestar cuidados en beneficio de otras personas, incluso a costa de un sacrificio personal.
Respeto por la persona: obligación ética de contemplar al enfermo en su totalidad, considerando no solo las características de su cuadro clínico, sino también su biografía, sus valores personales, culturales y espirituales, sus preferencias y su dignidad.
Respeto por la autonomía: obligación ética de respetar el derecho del enfermo de decidir lo que sucede en su propio cuerpo y mente (autogobierno).
Beneficencia: obligación ética de intentar ayudar a los pacientes, aliviar su sufrimiento y hallar métodos de mejorar su calidad de vida.
No maleficencia: deber ético de evitar el daño al paciente.
Competencia clínica: compromiso de aplicar conocimientos especializados en el cuidado del paciente.
Fidelidad: compromiso del psiquiatra de actuar en aras al bienestar del paciente, anteponiendo éste a su beneficio personal.
Integridad: deber ético de mantener un comportamiento honorable y de actuar conforme a los valores de la profesión.
Confidencialidad: deber ético de salvaguardar la información del paciente, tanto si se obtiene por el relato de éste como de la observación del propio acto médico.
Veracidad: deber ético de ser honesto y no inducir confusión a través de actos de comisión u omisión.
Justicia: principio de distribución justa y equitativa de los recursos asistenciales, sin discriminación.
Respeto de la legislación vigente: obligación de actuar de acuerdo con las leyes vigentes.



aplicación de nuevas tecnologías a la rama sanitaria (teléfono, internet, historia clínica informatizada), la intrusión de la gestión asistencial en los datos de los pacientes, el difícil manejo de la confidencialidad en las psicoterapias grupales o de pareja, o el uso de muestras o casos clínicos en la investigación y en la docencia (tabla 4).

3.2. INFORMACIÓN MÉDICA

Todo acto en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el consentimiento previo de los pacientes, otorgado libre de coacción o manipulación, con capacidad de decisión conservada y que debe obtenerse después de aportar al paciente una información adecuada, que le permita comprender el alcance de su decisión y conocer las alternativas terapéuticas existentes (consentimiento informado). El consentimiento será verbal, con las excepciones dispuestas por la legislación: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores o aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. El

consentimiento informado es imprescindible además en ensayos clínicos. El paciente tiene el derecho de revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

Los límites al consentimiento informado están descritos en la ley de autonomía del paciente. En líneas generales, no es preciso obtener consentimiento informado cuando existe riesgo para la salud pública o cuando exista riesgo grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización (tabla 5).

La aplicación del consentimiento informado en psiquiatría tiene su punto más controvertido en la evaluación de la capacidad de decisión, descrita más adelante en este capítulo.

3.3. CERTIFICADOS, INFORMES Y ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA

El paciente tiene derecho a obtener certificado o informe médico realizado por el profesional que le ha atendido, relativo a su estado de salud o enfermedad

Tabla 4. Excepciones al secreto profesional

Cuando se tiene conocimiento de la existencia de un delito.
Cuando estemos en presencia de una enfermedad infecto-contagiosa recogida en los listados de enfermedades de declaración obligatoria y exista riesgo grave para terceras personas o para la salud pública.
Cuando se declara como imputado, testigo o perito.
Al expedir certificados porque el paciente nos releva de la obligación.
Al declarar en la comisión deontológica del colegio de médicos o psicólogos.
En los informes a otro compañero (genera un secreto profesional compartido).

Tabla 5. Consentimiento por representación

Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones según criterio del médico responsable o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de la situación. Será entonces el representante legal o, en su defecto, la familia o las personas vinculadas de hecho, quien otorgue el consentimiento.
Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.
Cuando sea menor de edad y no esté capacitado intelectual ni emocionalmente para comprender el alcance de la intervención, dando el consentimiento el representante legal después de haber escuchado la opinión del menor si este tiene doce años cumplidos.
Si el menor tiene más de 16 años o está emancipado, el consentimiento lo dará él. Si la actuación médica entraña grave riesgo, los padres serán informados y su decisión será tomada en cuenta en la decisión.

o a la asistencia prestada. El informe será entregado únicamente al paciente o a la persona por él autorizada. Asimismo, el médico certificará sólo a petición del paciente, de su representante legalmente autorizado o por imperativo legal.

➔ Respecto al acceso a la historia clínica, el paciente tiene derecho a acceder a la totalidad de la misma con excepción de los datos obtenidos de terceras personas y de las anotaciones subjetivas del médico. Además del paciente, tienen derecho de acceso los profesionales del centro que asisten al enfermo, la autoridad judicial, los inspectores médicos y el personal de gestión y administración (solo los datos relacionados con sus funciones). Si el paciente ha fallecido, podrán acceder a la historia las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho, siempre y cuando el paciente no lo hubiera prohibido expresamente. No obstante, no se facilitará información que afecte a la intimidad del paciente, que pueda perjudicar a terceros ni las anotaciones subjetivas del médico.

4. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

4.1. CAPACIDAD

Se denomina capacidad a la aptitud que tiene la persona para ser titular de derechos y obligaciones y para realizar una determinada tarea. En el Derecho Español se distinguen dos formas de capacidad:

- La capacidad jurídica es la cualidad de la persona de ser titular de las distintas relaciones jurídicas que le afectan. La tienen todos los seres humanos por el mero hecho de serlo y no es modificable.
- La capacidad de obrar es la aptitud para realizar eficazmente actos jurídicos (adquirir o ejercitar derechos y asumir obligaciones). Puede ser

modificable al estar sujeta a cambios según las condiciones del individuo y su aptitud para gobernarse a sí mismo. Esta capacidad de obrar es la que nos interesa y a la que nos referiremos a continuación.

➔ 4.1.1. Evaluación de la capacidad de obrar en medicina

Tiene como objetivo determinar la capacidad del paciente para comprender y dar su consentimiento al proceso médico o negarse al mismo. La evaluación de la capacidad debe ir ligada a los criterios que definen a ésta, que se exponen en la tabla 6.

4.1.2 Incapacitación (tabla 7)

Son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma. La incapacitación puede ser total o parcial y se adquiere mediante sentencia judicial, en virtud de las causas establecidas por la Ley en el Art. 199 del Código Civil. La incapacitación parcial exige que la sentencia delimite lo que el incapacitado puede o no puede hacer. Esta modalidad permite establecer una “curatela” por el cual un tutor ayudará en el manejo de sus bienes económicos, pero el resto de los derechos están conservados.

4.2 IMPUTABILIDAD

Desde una perspectiva jurídica la culpabilidad se basa en que el autor de la infracción penal tenga las facultades físicas y psíquicas mínimas para cumplir las normas de la sociedad. Se considera inimputable a los sujetos que carecen de estas facultades mínimas requeridas, ya sea por no tener la madurez suficiente o por sufrir graves alteraciones psíquicas, y por consiguiente no pueden ser responsables penalmente de sus actos (tabla 8).

Tabla 6. Criterios de capacidad (Roth, 1987)

El paciente es capaz de expresar una opinión.
La elección es razonable.
La decisión que toma se basa en criterios racionales.
Comprende los riesgos, los beneficios y las alternativas del tratamiento.
Comprende los aspectos relevantes de su decisión y emite un consentimiento voluntario e informado.



Tabla 7. Características de la incapacitación

La decisión de declarar a un paciente “incapaz” solo puede hacerse después de una valoración explícita y completa del mismo y no presuponerse <i>a priori</i> por un diagnóstico o estado específico.
La evaluación de incapacidad de un paciente debe hacerse siempre en relación con la tarea concreta ya que un paciente puede ser capaz para unas cosas y no otras.
Debe ser un proceso continuo, dadas las fluctuaciones a lo largo del tiempo.
El elemento fundamental a tener en cuenta para determinar la capacidad es la repercusión que las decisiones del paciente pueden tener en su vida, es decir las consecuencias de una posible decisión.
Los criterios de capacidad valoran fundamentalmente las aptitudes para: elegir, comprender, razonar y apreciar.

Tabla 8. Causas de inimputabilidad (Art. 20 del Código Penal)

Cualquier anomalía o alteración psíquica que impida al sujeto comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.
El trastorno mental transitorio y el estado de intoxicación plena por alcohol u otra sustancia, siempre que no haya sido buscado por el sujeto con el propósito de delinquir. Si la alteración no es plena, sino parcial, será considerada un factor atenuante.
Las alteraciones en la percepción desde el nacimiento o la infancia que distorsionen gravemente la conciencia de la realidad. Incluye defectos físicos como la sordomudez o la ceguera, y también el autismo. Si la alteración de la percepción acontece después de la infancia no será aplicable este eximente.
Los actos realizados en legítima defensa.
El estado de necesidad: acción realizada para evitar un mal mayor, siempre que la situación no haya sido provocada por el sujeto.
El miedo insuperable o pánico que afectaría a cualquier persona que se encontrara en la misma situación que el autor.
Los actos realizados en cumplimiento de un deber o en el ejercicio legítimo de un derecho, oficio o cargo.

Es necesario mencionar la “*actio libera in causa*” por la que se considera imputable a un sujeto que al tiempo de cometer sus actos no lo era, pero sí en el momento en que planeó cometerlos o puso en marcha el proceso causal que desembocó en la acción.

4.3. INCAPACITACIÓN E INIMPUTABILIDAD EN LAS PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS MÁS PREVALENTES

No existe un determinado diagnóstico psiquiátrico que lleve implícita la incapacidad de obrar o la existencia de inimputabilidad. En la tabla 9 aparece de manera resumida y muy simplificada, la frecuencia de aplicación de distintas medidas de incapacitación (incapacitación total, curatela) y de inimputabilidad según el trastorno psiquiátrico presente.

5. EL PSIQUIATRA COMO PERITO

Se denomina perito desde el punto de vista jurídico a toda aquella persona que posee unos conocimientos especiales científicos, técnicos o artísticos, por los cuales es llamado para informar y asesorar a los jueces en aquellas materias que sean de su competencia.

➡ Cuando se nos cita ante los tribunales estamos obligados a acudir por imperativo legal. Aunque asistencia y peritaje son términos contrapuestos y prohibidos por el código deontológico, no es infrecuente que en ocasiones se cite al psiquiatra de un paciente para que actúe como perito. En estas circunstancias es aconsejable realizar una comunicación escrita al juez notificándole la situación. El perito puede solicitar no intervenir en un proceso por:

Tabla 9. El psiquiatra como perito. Patologías

PATOLOGÍA	INCAPACIDAD	INIMPUTABILIDAD
Trastornos ansiedad	Excepcional.	Excepcional. Posible en omisión por evitaciones fóbicas.
Trastornos afectivos	Poco frecuente. Puede darse sobre todo, en el trastorno bipolar de mala evolución.	Variable. En depresiones poco frecuente salvo cuando hay síntomas psicóticos o delitos de omisión atribuibles al estado depresivo. En la manía más frecuente.
Trastornos psicóticos	Frecuente en pacientes con evolución tórpida.	Frecuente en pacientes productivos que actúan en consonancia con su sintomatología.
Trastornos de la personalidad	Excepcional. Puede darse sobre todo en el trastorno límite de la personalidad.	Poco frecuente. Ocasionalmente su impulsividad ha dado pie a la aplicación de fórmulas de semiimputabilidad, con reducción de la pena.

- Consanguinidad hasta un determinado grado con las partes.
- Interés directo o indirecto en la causa.
- Amistad íntima o enemistad manifiesta con el procesado.

Pero será siempre el tribunal quien admita o rechace dicha solicitud en función de sus propios criterios.

El perito está obligado a responder a las preguntas que se le formulen, pero en ocasiones los letrados intentan poner en nuestra boca frases que no hemos dicho. En este caso debemos insistir en que dicha afirmación no es la que nosotros hemos hecho y mantener nuestra argumentación inicial. El perito debe recibir siempre un trato adecuado por parte del tribunal y de las partes. De no ser así podemos solicitar el amparo de la sala pero no debemos aceptar ninguna actitud hostil.

La función del perito psiquiatra (tabla 10) no es clínica sino la de proporcionar al juzgador una información que le permita aplicar justicia. El informe de la evaluación pericial no está sujeto al principio de confidencialidad, y de ello deberá informarse al sujeto de la pericia, así como de los fines del reconocimiento.

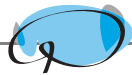
6. EL PSIQUIATRA COMO TESTIGO

La función del testigo es la de declarar sobre aquello que ha visto personalmente, pero no tiene que ser experto en el tema ni tampoco debe guardar relación con la práctica médica.

Al igual que en las citaciones como perito en este caso también estamos obligados a concurrir al llamamiento judicial.

➔ Tabla 10. Medidas recomendables para el desempeño del perito psiquiatra

1. Objetividad: fundamental para la interpretación de las pruebas y resultados obtenidos sin atender a posibles prejuicios o condicionantes.
2. Prudencia en la elaboración de dictámenes. No asumir verdades absolutas.
3. Reflexión y juicio: racionalizar, simplificar los problemas y jerarquizar lo principal sobre lo accesorio, hasta alcanzar las conclusiones válidas.
4. Imparcialidad: proceder independientemente de cualquier implicación afectiva, así como de las consecuencias jurídicas y sociales que puedan resultar.
5. Veracidad: el perito debe emplear un método que permita contrastar las conclusiones científicamente obtenidas.
6. Honestidad: permanecer ajeno a cualquier interés espurio en nuestras evaluaciones.



Al comparecer como testigos, sólo debemos pronunciarnos sobre aquellos aspectos de los que tengamos conocimiento en función de nuestra relación con el sujeto, pero en ningún caso debemos sacar conclusiones técnicas, hipótesis ni ningún tipo de deducción. Si en algún momento se formulan pregun-

tas para convertir la prueba testifical en una prueba pericial, se debe exponer la situación al tribunal quien decidirá sobre la adecuación de la pregunta y la obligatoriedad de la respuesta. Los testigos no pueden leer sus declaraciones sino que se deben narrar los hechos a viva voz, de forma clara y concisa.

RECOMENDACIONES CLAVE

La confidencialidad y el derecho a la información son derechos fundamentales del paciente que tenemos obligación de preservar. La incapacitación legal no anula estos principios y los pacientes incapacitados, por tanto, también tienen derecho a ser consultados y a preservar aspectos de su intimidad. Cuando por un estado de necesidad haya que optar por un mal menor, debemos intentar siempre que el perjuicio hacia el paciente y sus derechos sea el mínimo posible.

En la práctica clínica psiquiátrica pueden darse ocasionalmente situaciones complejas en las que distintos deberes éticos y legales se vean contrapuestos. Cuando nos veamos en una situación en la que no tengamos claro cómo actuar, es siempre recomendable buscar asesoramiento. Los gabinetes jurídicos de los hospitales o del Colegios de Médicos suelen tener entre sus funciones la de orientar y proporcionar apoyo legal para los profesionales y pueden sernos, por tanto, de utilidad en estos casos.

No debemos olvidar que, como ciudadanos, tenemos el deber ético y legal de ayudar a la justicia. Por otro lado el Código Deontológico explicita que la actuación como perito es incompatible con la asistencia a un mismo paciente. Si somos llamados a actuar como peritos de un paciente a nuestro cargo, es correcto notificar la situación al juzgado correspondiente y solicitar ser tachados del proceso. Debemos tener en cuenta, sin embargo, que la decisión final siempre la tomará el tribunal.

7. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Fuertes JC, Cabrera J. La Salud Mental en los Tribunales. Madrid: Ed. Arán. 2ª ed. 2007.

Arechederra J. Fundamentos Éticos y Legales de la responsabilidad en Psiquiatría. Madrid: Ed. IM&C. 2003.

Díaz-Ambrona MD, Serrano A, Fuertes JC, Hernández P. Introducción a la Medicina Legal. Madrid: Ed. Díaz de Santos. 2007.

Otero FJ (coord.). Psiquiatría y Ley: guía para la práctica clínica. Madrid: Ed. Edimsa. 2008.

Organización Médica Colegial. Código de Ética y Deontología médica. 1999. Consejo General de Colegio de Médicos de España. 1990.

8. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Hales DJ, Hyman M (eds.). Aspectos forenses y éticos en psiquiatría. Barcelona: Ed. Medical Trends. 2004.

Fuertes JC, Cabrera J. Urgencias Psiquiátricas. Aspectos medicolegales. Madrid: Ed. Arán. 2005.

Cabrera Forneiro J, Fuertes Rocañín JC. El enfermo mental ante la ley. Madrid: Ed. ELA y Universidad Comillas. 1994.

Carrasco Gómez JJ. Responsabilidad Médica y Psiquiatría. Madrid: Ed. Colex. 1990.

Medina León A, Moreno Díaz MJ, Lillo Roldán R. El psiquiatra: del ámbito médico al jurídico. Córdoba. FEPSM Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. 2006.





98. ACTIVIDADES PREVENTIVAS



Autoras: Isabel Moreno Encabo y Patricia Larrauri Echevarría
Tutor: Manuel Rodríguez de la Torre
Hospital Can Misses. Ibiza

CONCEPTOS ESENCIALES

Prevención en salud mental: estrategias que tratan de reducir la incidencia, prevalencia y recurrencia de los trastornos mentales, disminuyendo el impacto de la enfermedad en los afectados, en sus familias y en la sociedad.

Promoción en salud mental: conjunto de actividades que se ocupan de desarrollar y mantener los aspectos positivos de la salud mental y que conllevan la participación del individuo y la colaboración de profesionales sanitarios y sociales.

1. INTRODUCCIÓN

La mejora en la atención psiquiátrica y psicológica que se observa en las sociedades occidentales en las últimas décadas convive con el fenómeno, aparentemente contradictorio, de un número creciente de personas que sufren enfermedades mentales en todo el mundo.

Esta disparidad entre la efectividad de la terapéutica y los datos epidemiológicos es una tendencia que comparten otras áreas de la medicina como la oncología, y que sólo mediante la prevención han conseguido invertir o al menos moderar. En salud mental los esfuerzos en prevención son aun muy desiguales, con importantes lagunas en la investigación y desarrollo de programas preventivos eficaces.

Vamos a analizar a continuación el marco histórico, los diferentes niveles de intervención, y las perspectivas futuras.

2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA

En la Europa del siglo XIX se estructura la salud pública como una forma de intervención sanitaria social

para dar respuesta a los problemas de la población que excedían los límites de la práctica médica centrada en el individuo y sostenían el enfermar (pobreza, malnutrición, insalubridad, etc.).

La salud pública y una nueva forma del saber médico, la psiquiatría, coinciden en la figura de Pinel, padre de la psiquiatría, que ocupa la cátedra de Física Médica e Higiene.

La asistencia clínica, desde un paradigma médico, y la salud pública, desde un paradigma biopsicosocial, han mantenido una relación cuya cercanía o distanciamiento se ha visto marcada por la polaridad entre la primacía de los abordajes al individuo o la colectividad, los enfoques organicistas o salubristas y las intervenciones terapéuticas o preventivas, respectivamente.

La psiquiatría ha mantenido esta dialéctica con especial intensidad. El movimiento higienista americano de principios del siglo XX, con las primeras reformas de las instituciones psiquiátricas, los avances en psicofarmacología, los movimientos antipsiquiátricos, y la reforma psiquiátrica con la desinstitucionalización,



precipitaron una crisis en la psiquiatría que la acercó a los modelos de intervención comunitaria y los planteamientos de la salud pública.

El reciente alejamiento de la psiquiatría preventiva de estrategias comunitarias y de salud pública viene de la mano, por un lado, de la crisis económica global a partir de la década de los 70, que pone en peligro la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, priorizándose intervenciones efectivas y de bajo coste; y por el otro, de los hallazgos en campos como la neurobiología o la genética. El foco volvió a ser el sujeto como individuo aislado, analizando los factores de riesgo de tipo genético y bioquímico.

Como señalan algunos autores: “Aunque las intervenciones políticas y cambios en el medio ambiente parecen tener el mayor impacto, el énfasis sigue centrado en las acciones preventivas a nivel individual”.

3. NIVELES DE PREVENCIÓN

Clásicamente se describen tres niveles en prevención en salud pública y por extensión, en psiquiatría (tabla 1).

En la práctica, la estrecha interrelación entre los tres niveles es notoria, influyendo de forma determinante, por ejemplo, el diagnóstico y tratamiento precoz de un paciente esquizofrénico en las habilidades, recursos y limitaciones individuales e interpersonales en una eventual fase posterior de rehabilitación.

Además, los límites entre ellos son más difusos en nuestros días que cuando fueron descritos al solaparse los diferentes procesos temporalmente.

Tabla 1. Niveles de prevención

a) Prevención primaria (incidencia) -PREVENCIÓN-
■ Promoción de la salud
■ Educación sanitaria
b) Prevención secundaria (prevalencia) -INTERVENCIÓN-
■ Diagnóstico precoz
■ Tratamiento efectivo
c) Prevención terciaria (secuelas y cronicidad) -REHABILITACIÓN-
■ Rehabilitación
■ Reinserción social

A continuación veremos con más detalle las tres formas clásicas de prevención.

3.1. PROMOCIÓN EN SALUD MENTAL

A pesar de la inclusión por Caplan de la promoción de la salud mental como parte inicial en las actividades preventivas, en concreto en la prevención primaria, algunos autores hacen una clara distinción entre ambas. En nuestra opinión, la separación entre promoción y prevención, tiene principalmente fines pedagógicos, dado el solapamiento actual de los límites entre la salud (promoción) y el enfermar (prevención), sin perder de vista que ambas comparten el mismo objetivo: mejorar la salud mental.

La promoción en salud mental enfatiza los siguientes aspectos:

- Se hace hincapié en fomentar el bienestar.
- Se considera a la población como un todo.
Orienta sus acciones sobre los determinantes de la salud, tales como renta y vivienda, más que sobre factores y condiciones de riesgo de enfermedad mental.
- Incluye un amplio rango de estrategias, tales como habilidades de comunicación, mejoras educativas, desarrollo comunitario y actividades locales.
- Hay un reconocimiento y refuerzo de las competencias de la población.
- Se incluyen aspectos sanitarios y sociales.

3.2. PREVENCIÓN PRIMARIA

Dependiendo del objetivo de la intervención se divide en:

- Centrada en el sujeto.
- Centrada en el contexto o ambiente.

➔ Según la población a la que se dirige se distingue entre:

- Universal: se define como las intervenciones que se dirigen al público en general.
- Selectiva: se dirige a individuos o grupos de la población cuya predisposición a desarrollar un trastorno mental es más alta que la media, y se evidencia por factores de riesgo.
- Indicada: en personas de alto riesgo, con síntomas de un trastorno mental, aunque no cumplen los criterios diagnósticos en ese momento.

➔ A diferencia de otras disciplinas médicas, donde en muchos casos ha sido posible identificar uno o dos factores sobre los cuales intervenir en forma promocional, en la salud mental intervienen aspectos múltiples e interrelacionados, con componentes biológicos –en buena parte desconocidos–, psicológicos, sociales, culturales, y políticos diversos. Esta complejidad dificulta la diferenciación de los principales factores involucrados y la determinación de su grado de influencia y es una de las causas principales, junto al desconocimiento de los propios profesionales sanitarios, -más inclinados a aplicar tratamientos más o menos eficaces que programas preventivos de validez incierta- de los escasos avances en la prevención del trastorno mental.

➔ En los últimos años hay un cambio en la prevención primaria, que se torna mucho más intervencionista en base a la búsqueda entre los factores de riesgo de los determinantes o agentes causales. Aunque la evidencia científica no sea sólida sobre el desarrollo final de la enfermedad a partir de estos determinantes de riesgo, la conducta ya no es expectante sino mucho más resolutiva y actuadora.

Este cambio de mentalidad tiene en el estudio de la psicosis su ejemplo paradigmático. Los programas establecidos por todo el mundo en prevención primaria de la psicosis se explican por la posibilidad,

por vez primera, de atajar la locura. El planteamiento que subyace en ellos es que tratando de forma intensiva (farmacológica, social y psicoterapéuticamente) a sujetos con alto riesgo de padecer psicosis, se logrará modificar el curso natural de la enfermedad. La proactividad en el reclutamiento y tratamiento de estos individuos, es un cambio radical en los planteamientos convencionales de salud mental.

Por desgracia, hasta el momento no hay una evidencia científica que apoye sin lugar a dudas este tipo de estrategias, entre otras cosas, porque no hay manera de saber que la población reclutada fuese a desarrollar finalmente psicosis, por la pérdida del efecto de la intervención con el tiempo, igualándose a grupos control, las dificultades de seguimientos a largo plazo (3 a 5 años), etc.

Más allá de los resultados concretos, el efecto de estos planteamientos ha sido el de alentar la implantación de programas similares en patologías tan dispares como el suicidio, las alteraciones de la conducta alimentaria, depresión, y otros trastornos mentales. A pesar de las buenas intenciones, existe un caos metodológico y déficit de análisis rigurosos en no pocos de ellos, pecando de excesiva ingenuidad. Así ocurre, por ejemplo con las recomendaciones de algunos programas internacionales de prevención del suicidio, que se limitan a sugerir a los distintos gobiernos nacionales que eliminen o restrinjan el acceso a las formas más frecuentes de suicidio en su medio, como si la solución para evitar muertes por ahorcamiento fuese talar los árboles o las defenestraciones se extinguieran al limitar la altura de los edificios.

3.3. PREVENCIÓN SECUNDARIA

El diagnóstico precoz y el tratamiento temprano son la esencia de la prevención secundaria. Su objetivo es reducir la prevalencia de la enfermedad, influyendo de manera determinante en la evolución de la patología, al disminuir las recaídas y secuelas y favoreciendo un mejor pronóstico. Así ocurre con enfermedades tales como la depresión, la esquizofrenia o las demencias.

➔ En la prevención secundaria podemos diferenciar entre:



- Las intervenciones indicadas, que actúan ante los primeros síntomas de la enfermedad.
- Las intervenciones clínicas que son aquellas que se centran en factores relacionados directamente con el problema a prevenir pero no sobre el trastorno en sí.

Un ejemplo de intervención indicada es el control de síntomas de ansiedad en el medio laboral. Una intervención clínica eficaz es la reducción de suicidios en un programa de abuso de sustancias en adolescentes.

3.4. PREVENCIÓN TERCIARIA

Tradicionalmente considerada como recurso más paliativo que curativo en aquellos pacientes en los que otras medidas han fracasado, se ha propuesto sustituir el término prevención terciaria por el de rehabilitación. Esta denominación es más acertada, al enfatizar la recuperación de la enfermedad. La acción rehabilitadora busca recuperar las capacidades y competencias perdidas o deficientes tras padecer una patología, y por tanto la reintegración del paciente a su vida habitual, y no sólo disminuir las complicaciones y secuelas.

Los beneficios de la rehabilitación son conocidos desde antaño, pero sólo recientemente se han diseñado técnicas rehabilitadoras efectivas y evaluables.

4. RIESGOS INTRÍNSECOS A LA PREVENCIÓN

➡ La prevención, en la medida en que interviene sobre la comunidad y el individuo, no está libre de riesgos. Inevitablemente, la medicina preventiva y la promoción de la salud estimulan a la gente sana a preocuparse sobre su posibilidad de enfermar, generando una incertidumbre que se puede intensificar cuando son estudiados y, una auténtica “neurosis” en torno al enfermar y sus consecuencias, reduciendo su ansiada sensación de bienestar. Esta psiquiatrización o psicologización conlleva la disminución de la autonomía de las personas sanas y la dependencia de los profesionales, así como la extinción de valiosas alternativas con poder terapéutico que puede ofrecer el contexto social del sujeto.

Además, la psiquiatrización del malestar resulta en el incremento exponencial en trastornos mentales comunes o menores que copan las consultas. Es la bien conocida ley inversa del cuidado, por la que solicitan más ayuda (y tienen mayor accesibilidad a los servicios) aquellos que menos lo necesitan. El resultado es una deficiente atención a los pacientes más graves y menos demandantes.

Por otro lado, los estudios en prevención primaria que antes mencionamos, conllevan no pocas cuestiones éticas, al ampliar los márgenes de la enfermedad cada vez más, tanto por abajo, con fases prodrómicas de más temprana aparición y búsqueda de síntomas subumbrales, como por arriba con seguimientos cada vez a más largo plazo.

Como reacción a este proceso ha aparecido en los últimos años el concepto de prevención cuaternaria, que se entiende como el conjunto de actividades sanitarias que tienen por meta impedir o paliar el daño causado por las intervenciones sanitarias curativas y preventivas.

5. SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

El médico de familia en atención primaria tiene un contacto regular con la mayoría de las personas de su sector poblacional, en distintas etapas de su ciclo vital. Estas oportunidades han sido utilizadas en varios países para realizar acciones de promoción y prevención.

En un primer nivel de prevención, el equipo de atención primaria puede intervenir en momentos tan tempranos como el período perinatal, reforzando los vínculos de apego entre madre e hijo, detectando niños en riesgo, potenciando el rol materno, mediante técnicas de resolución de conflictos, etc. Asimismo puede actuar como agente de comunicación social en la población, coordinar otros servicios, y contribuir a hacer más saludables los entornos de los barrios, escuelas y lugares de trabajo.

⬆ En el ámbito de prevención secundaria, no debemos olvidar que el médico de familia recibe, filtra, trata y deriva a gran número de enfermos mentales. El objetivo debe ser una coordinación total entre los servicios de salud mental y primaria para dar la co-

bertura psicofísica más amplia y temprana posible a nuestros pacientes. Recordemos que cualquier demora en este punto podría limitar las posibilidades de recuperación. Somos conscientes de las limitaciones que hoy en día existen en ambos dispositivos (sobrecarga asistencial, poca motivación y escepticismo de los profesionales, escasez de recursos, etc.) y de la necesidad de encontrar fórmulas de trabajo en equipo más eficaces.

6. CONCLUSIONES

Basta con encontrarse con términos como “biopsicosocial” o “multidisciplinar” para echarse a temblar, y reconocer en ellos la frustración y la desmotivación de los investigadores ante las dimensiones del problema de la prevención en salud mental. Nos sumamos modestamente al desconcierto y creemos que únicamente la reconciliación de las tendencias individuo-comunidad en forma de herramientas metodológicas más potentes y una prístina gestión pueden cambiar el estado de las cosas.

📌 Vemos hoy día como se expande en nuestra disciplina la corriente de la medicina basada en las pruebas, con análisis rigurosos de intervenciones eficientes, respaldada por la potencia estadística de los metaanálisis, el nuevo “patrón oro” del saber técnico; sin embargo, perdemos de vista que las acciones con mayor potencial de cambio son otras, más globales y sobre todo, más participativas de la comunidad: la desigualdad, el estigma, violencia, hábitos no saludables, etc.

Como residentes en formación, queremos señalar la disparidad que existe todavía entre las directrices de nuestra especialidad a nivel de prevención y promoción y la realidad de la práctica, centrada como máximo en el trabajo rehabilitador de pacientes crónicos. ¿Podemos hacer prevención atrincherados en la consulta? Quizás la respuesta esté, paradójicamente, en prestar atención no sólo a la psicopatología o a las indicaciones farmacológicas o terapéuticas, sino también a la promoción de los recursos de nuestros pacientes, a sus fortalezas individuales, a sus factores de protección ante la adversidad y la enfermedad mental.

RECOMENDACIONES CLAVE

La salud mental es un estado de bienestar y es una responsabilidad comunitaria, no solo un interés individual. Los costes sociales y económicos son altos y la evidencia sugiere que continuarán aumentando si no se toman medidas.

La salud mental se puede mejorar a través de la acción colectiva de la sociedad. Se requieren políticas y programas de mayor cobertura así como también actividades específicas en el área de la salud relacionadas con la prevención y tratamiento de los problemas de salud.



7. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Desviat M. Salud Pública y Psiquiatría. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2001;21(77):125-133 .

Caplan G. Organization of Preventive Psychiatry Programs. Community Mental Health Journal. 1993;29(4).

Vallejo J, Leal C. Tratado de Psiquiatría. 2 Tomos. Ed. ARS Médica. 2005

García B. ¿Dónde se encuentra la prevención y la promoción en el momento actual?. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2007;27(100):355-365.

Ramos J. Prevención y Asistencia Psiquiátrica. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. En Vallejo J. 6ª ed. 2006.

8. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

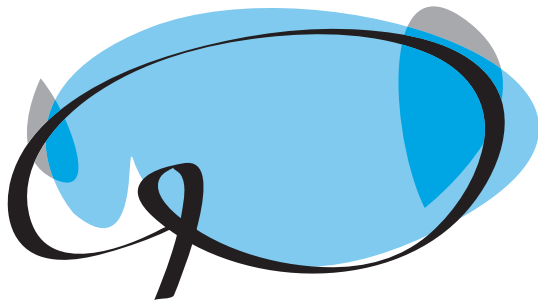
Emsley R. Early intervention in the management of schizophrenia: Introduction. Early Intervention in Psychiatry. 2009;3:53-57.

Ramos J. De la antipsiquiatría a la nueva psiquiatría comunitaria: Hacia una psiquiatría de la complejidad. En Vallejo J. Update de Psiquiatría. 2000.

World Health Organization. Prevention for mental disorders. Effective interventions and policy options. WHO, Ginebra, 2004.

Retolaza A. Trastornos Mentales Comunes. Manual de Orientación. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Iatrogenia y prevención cuaternaria en los trastornos mentales comunes. 1ª ed. Madrid. 2009.

Jané-Llopis E, Sjoerd VA, Anderson P. Promoción de la Salud Mental y Prevención de los Trastornos Mentales: Una Visión General de Europa. 2005. <http://www.iuhpe.org>



MÓDULO 4.

Rotaciones
(Formación
transversal)



Rehabilitación Psiquiátrica





99. CÓMO ORGANIZAR LA ROTACIÓN POR LOS DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA



Autoras: Azul Forti Buratti y Esperanza Gómez Durán

Tutora: Gema Hurtado Ruiz

Centres Assistencials Dr. Mira i López. Barcelona

CONCEPTOS ESENCIALES

El término rehabilitación psicosocial o psiquiátrica, hace referencia a un espectro de programas para personas que sufren de manera continuada trastornos psiquiátricos graves. El objetivo es mejorar la calidad de vida de estos individuos, ayudándoles a asumir la responsabilidad de sus propias vidas y a actuar en la comunidad de la manera más activa, normalizada e independiente posible. Los programas están concebidos para reducir el deterioro y la discapacidad, reforzar las habilidades del individuo (cognitivas, sociales, familiares, vocacionales, recreacionales, de autocuidado, manejo de dinero...) y desarrollar los apoyos ambientales necesarios para mantenerse en su entorno.

El trastorno psiquiátrico grave (TPG) se define por la presencia de una enfermedad mental grave, incapacidad funcional moderada o grave y duración prolongada (más de dos años).

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades mentales, al igual que otras enfermedades médicas, producen discapacidad y desventajas que privan a la persona de sus metas, aspiraciones y habilidades. La psicopatología contribuye a la discapacidad a través del deterioro de la cognición, los síntomas negativos y positivos del trastorno psicótico, la ansiedad y depresión, las conductas inapropiadas y la falta de *insight*. Existen también otros factores ambientales que favorecen la desadaptación, como el retraso en el diagnóstico y tratamiento, la estigmatización, la falta de oportunidades y recursos, los estresores sociales o el nivel de exigencia social.

Algunos trastornos mentales aparecen durante la adolescencia o juventud, interrumpiendo la maduración del funcionamiento social e interfiriendo en el uso de las habilidades sociales previamente adquiridas.

➔ La mejoría de una deficiencia (por ejemplo, la reducción de la severidad de los síntomas con la medicación), no conduce automáticamente a una conducta más funcional. A su vez, la mejora en un área funcional, no indica que el funcionamiento en otra área haya mejorado de forma similar.

La rehabilitación psiquiátrica tiene su base conceptual en los ideales filosóficos del humanismo, las libertades civiles, el individualismo, la libertad de decisión, la responsabilidad personal y los movimientos de derechos humanos. La autoconciencia y responsabilidad que promueve, tienen su base en el movimiento psicoanalítico y en el principio de normalización.

Las nuevas modalidades de rehabilitación han surgido de las exigencias prácticas derivadas de la desinstitutionalización, de la teoría de la vulnerabilidad-estrés, la ciencia cognitiva, la psicología del aprendizaje social y de modificación de conducta y la teoría del desarrollo.



↑ Los principios de la rehabilitación psiquiátrica consisten en:

- La recuperación de una vida normal en la comunidad es posible, en más del 50% de los casos, y en todos los estadios de la enfermedad.
- Los servicios que integran tratamientos farmacológicos y psicosociales abogan por la mejora en las prácticas y políticas sanitarias, educativas, vocacionales. Las habilidades y los apoyos, más que el diagnóstico o sus síntomas, determinan el funcionamiento adecuado en la comunidad. Dichas políticas deberían incluir prácticas para reducir el estigma y la evaluación de resultados de aplicación de un programa.
- La individualización del tratamiento es un pilar fundamental en rehabilitación. La evaluación individualizada de las metas, recursos, carencias y necesidades abarca de un modo global todos los aspectos del sujeto y de su entorno.
- La participación activa de pacientes y sus familias en la planificación y el desarrollo del tratamiento. Aumentar al máximo las posibilidades de elección, favorece la colaboración, autonomía, el respeto mutuo, una alianza terapéutica más fuerte, y una mejor adherencia al tratamiento, evitando la dependencia.
- La integración y la coordinación del equipo terapéutico y de los servicios que atienden al paciente. Se enfatiza en la dedicación prioritaria a los problemas prácticos (alojamiento, financiación, ocupación...) y al uso más efectivo de los recursos disponibles.

- El progreso del paciente basado en sus puntos fuertes, intereses y capacidades es la piedra angular en la rehabilitación. Se centra en sus éxitos en el mundo real en vez de en el mundo de la salud mental.
- La rehabilitación lleva su tiempo, la mejoría se produce paso a paso. Hemos de ser cuidadosos en no estimular en exceso al paciente, de manera que no sobrepasemos su umbral de vulnerabilidad.

Las guías de buena práctica del tratamiento rehabilitador en psiquiatría se resumen con las 10 Cs (tabla 1).

El lugar idóneo para llevar a cabo un tratamiento rehabilitador es la comunidad, con el fin de no apartar a la persona con TPG de su entorno. No obstante, la rehabilitación ha de estar presente en todos los servicios de atención al TPG. Los Servicios de Salud Mental Comunitarios deberían contar con programas de rehabilitación y seguimiento y con una amplia y variada red de recursos específicos de atención, tratamiento, rehabilitación, atención residencial y soporte comunitario que les sirvan de apoyo y complemento.

Los recursos de rehabilitación psiquiátrica son los siguientes:

- Programas de rehabilitación y seguimiento de personas con trastorno psiquiátrico grave en los Servicios o Unidades de Salud Mental.
- Hospitales de día.

Tabla 1. 10 Cs de la buena práctica en rehabilitación psiquiátrica

Completo e integral (biopsicosocial).
Continuado (con disponibilidad del tratamiento rehabilitador a largo plazo).
Congruente con la fase de la enfermedad.
Competencia en el uso de tratamientos basados en la evidencia.
Coordinado (equipos multidisciplinares, comunicación entre servicios).
Cooperación con las familias, agentes sociales y recursos comunitarios y con el compromiso de los gestores de salud.
Colaboración activa del paciente y sus familias.
Orientado al "Consumidor".
Tiene en Consideración los puntos fuertes (ej. resiliencia), habilidades y déficit del paciente.
Compasivo (empatía, respeto mutuo, esperanza y persistencia).

- Unidades hospitalarias de rehabilitación.
- Centros de rehabilitación psicosocial y actividades de apoyo y soporte social (funciones de centro de día).
- Alternativas residenciales comunitarias.
- Rehabilitación laboral e integración en el mundo del trabajo.
- Apoyo económico.
- Otros recursos comunitarios de apoyo (agencias para la tutela del adulto, clubes sociales, asociaciones, recursos sociocomunitarios normalizados).

La formación en rehabilitación psiquiátrica debería ubicarse en los dispositivos comunitarios. En la práctica, la rotación del residente de psiquiatría estará supeditada a los recursos específicos que existan en cada región, ya que la rehabilitación psicosocial se ha desarrollado con desigual impulso en las distintas comunidades autónomas. Se aconseja visitar todos aquellos recursos con los que se coordina el centro rehabilitador, que están a disposición de la persona con TPG, para conocer de primera mano su funcionamiento. Independientemente de dónde se ubique el residente, el programa formativo deberá contemplar los objetivos docentes que se exponen en el siguiente epígrafe.

2. OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN

↑ La Orden SCO/2616/2008, publicada en BOE de fecha 16 de septiembre de 2008, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría, contempla que el residente realizará una rotación por rehabilitación psiquiátrica de cuatro meses de duración. Durante dicho periodo deberá adquirir los siguientes conocimientos y destrezas, además de fomentar las siguientes actitudes:

- Indicadores asistenciales en rehabilitación. Clasificaciones de discapacidad. Diseño de planes individualizados de rehabilitación. Sistemas de calidad en rehabilitación.
- Capacitación para el desarrollo práctico de determinadas técnicas de rehabilitación, incluyendo aquí al menos aquellas intervenciones que pueden y deben ser utilizables por parte de cualquier profesional comunitario: evalua-

ción diagnóstica de habilidades y dificultades funcionales; técnicas psicoeducativas individuales y familiares; técnicas básicas de entrenamiento en habilidades sociales; indicaciones de derivación a programas especializados de rehabilitación y apoyo social; afrontamiento de situaciones de crisis y prevención de conflictos.

- Fomentar una actitud adecuada a una filosofía y estrategia de rehabilitación.
- Manejo clínico y seguimiento de un mínimo de 10 enfermos con trastorno mental crónico, en los recursos socio-sanitarios establecidos en el área para su atención específica.
- Elaboración y desarrollo práctico de planes individualizados de rehabilitación para, al menos, cinco enfermos mentales crónicos, incluyendo tanto los dispositivos socio-sanitarios adecuados como las técnicas específicas para la actuación sobre el defecto psicosocial, las dificultades de integración laboral y el bajo nivel de adaptación socio-familiar.
- Coordinación con recursos no sanitarios orientados hacia el soporte y apoyo del enfermo mental crónico (servicios sociales, asociaciones de voluntarios, grupos de auto ayuda, etc.).

3. INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS EN LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Durante su rotación, el residente deberá adquirir habilidades y conocimientos en los tratamientos rehabilitadores más eficaces, basados en la evidencia.

3.1. TRATAMIENTO MÉDICO-FARMACOLÓGICO

Los antipsicóticos tienen una efectividad limitada sobre los síntomas negativos y cognitivos. Por otro lado, los pacientes sin tratamiento antipsicótico pueden empeorar al someterse al estrés del tratamiento psicosocial. El tratamiento combinado psicofarmacológico y psicosocial obtiene los mejores resultados.

La pauta farmacológica debe valorarse conjuntamente con el paciente, siempre que sea posible, y combinarse con estrategias de promoción de la adherencia. Los antipsicóticos depot de acción prolongada resultan de especial utilidad en la fase de mantenimiento y deben ser tenidas en cuenta para pacientes que



presentan una pobre adherencia. Se acepta, en general, que los antipsicóticos atípicos tienen una mejor tolerancia y un menor riesgo de discinesia tardía. Se recomienda evitar utilizar combinaciones de antipsicóticos y se señala a la clozapina como el fármaco de elección en casos resistentes. Se debe establecer la pauta con la mínima dosis eficaz, valorando el riesgo-beneficio y la posibilidad de cambio.

El malestar secundario a la sintomatología psicótica, el insomnio o la inquietud/agitación podrían tratarse inicialmente con benzodiazepinas. Otros síntomas relevantes como la manía o la depresión grave pueden requerir tratamiento específico con estabilizadores del ánimo y/o antidepresivos.

No debe descartarse la terapia electroconvulsiva en pacientes refractarios al tratamiento, fundamentalmente cuando existen síntomas catatónicos o afectivos.

3.2. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

↑ La terapia cognitivo-conductual explora racionalmente la naturaleza subjetiva de los síntomas psicóticos. Somete estas experiencias y creencias a una prueba de realidad, examinando las evidencias que las sostienen, utilizando las capacidades de razonamiento y la experiencia personal para desarrollar alternativas racionales y personalmente aceptables. La terapia cognitivo-conductual puede utilizarse a nivel individual, grupal o familiar. Existen evidencias preliminares de su eficacia en reducir las alucinaciones y delirios. Su efecto positivo sobre el funcionamiento social, las recaídas y la sintomatología negativa precisa un mayor grado de evidencia.

La economía de fichas es una técnica conductista en la que se emplean fichas como refuerzo para modificar conductas en el marco de un programa establecido de conductas a alcanzar predefinidas. Estas fichas pueden canjearse después por privilegios, objetos de consumo, etc. Se han registrado resultados positivos sobre los síntomas negativos de la esquizofrenia, siendo presumiblemente de mayor utilidad en tratamiento de pacientes crónicos, en situaciones de hospitalización prolongada y con predominio de clínica negativa, en asociación con otros programas.

3.3. PSICOTERAPIA DE APOYO

Engloba una enorme variedad de intervenciones o estrategias terapéuticas, que se dan en todos los

tipos de psicoterapia, fundamentadas en el apoyo y el consejo. Se utilizan tácticas como las sugerencias, las explicaciones y las aclaraciones, escucha activa y empática, una actitud de cooperación y un buen manejo de crisis. Favorece la alianza terapéutica y facilita la expresión de los sentimientos y la afirmación de las capacidades del paciente y genera un contexto apropiado para la contención de sus ansiedades. La heterogeneidad de las estrategias terapéuticas que engloba y su uso en los estudios como terapia de control o de comparación, limitan los hallazgos de evidencia científica que demuestren sus efectos beneficiosos.

3.4. PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA

El uso de la psicoterapia psicoanalítica individual, tras ser considerada durante años uno de los tratamientos de elección, disminuyó drásticamente a partir de los años 60, tras varios estudios con resultados negativos, revisándose en la actualidad la efectividad de un tipo diferente de tratamiento intensivo individual psicodinámico. Debe reconocerse la utilidad de los principios psicoanalíticos y psicodinámicos en la comprensión de los pacientes y sus relaciones interpersonales.

3.5. ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Se trata de un tipo de entrevista centrada en el paciente, que persigue explorar y resolver ambivalencias, acerca de aspectos que le resultan perjudiciales para promover el cambio. Facilita que el paciente se posicione hacia el deseo de cambio, tratando de ayudarlo a reconocer y ocuparse de sus problemas presentes y futuros y potenciando su percepción de eficacia.

3.6. PSICOEDUCACIÓN

Las intervenciones psicoeducativas proveen a los pacientes y familiares de apoyo, información y estrategias de manejo y resolución de problemas. El formato puede ser de tipo individual o grupal, y la orientación es de tipo multidimensional, incluyendo perspectivas farmacológicas, sociales, biológicas y familiares. Han mostrado eficacia en la reducción del riesgo de recaída y reingresos y, con menor evidencia, en la mejoría en el cumplimiento farmacológico. Su bajo coste y duración breve debería facilitar la implementación sistemática en los planes de tratamiento.

↑ 3.7. INTERVENCIONES FAMILIARES

Los objetivos que persiguen son informar, acoger y acompañar a la familia, proporcionar técnicas de manejo de situaciones conflictivas y favorecer las relaciones intrafamiliares adecuadas, modificar creencias y conductas que pueden favorecer el aumento de estrés y afectar al curso de la enfermedad. En este contexto, cabe destacar el término de emoción expresada (EE), que hace referencia a un conjunto de actitudes de la familia hacia el paciente (hostilidad, crítica, sobreprotección, calidez, comentarios positivos). Se ha observado un mayor riesgo de recaídas en pacientes de familias con alta EE (hostilidad, crítica, sobreprotección), pese a un tratamiento farmacológico adecuado.

Existen diferentes tipos de intervenciones (Goldstein, Faloon, Hogarty, Leff, McFarlane...), la mayoría basadas en técnicas cognitivo-conductuales que incluyen psicoeducación, habilidades de comunicación y técnica de solución de problemas. Independientemente de la técnica utilizada, las intervenciones familiares son eficaces (siempre que tengan una duración mínima de 6 meses), para la reducción de recaídas y de ingresos hospitalarios y para favorecer el cumplimiento terapéutico. Los datos sobre la superioridad del formato multifamiliar o unifamiliar son contradictorios. Parece que si el diagnóstico es reciente, son más eficaces los grupos multifamiliares, pero tiene también más tasas de abandonos.

Es importante la participación del paciente, ya que sólo de esta manera se observa evidencia científica en la reducción de recaídas.

Las intervenciones familiares son efectivas también para la familia, de manera que disminuyen la carga, la sintomatología depresiva asociada, mejoran el funcionamiento emocional y la visión más positiva de sus familiares con TPG.

3.8. REHABILITACIÓN COGNITIVA

En la esquizofrenia y en otros TPG, existe deterioro de las funciones cognitivas, como son la memoria, la atención, el procesamiento de la información, funcionamiento ejecutivo y planificación. Se ha visto que tanto los síntomas positivos como los síntomas negativos correlacionan con el nivel de funcionamiento ejecutivo.

La rehabilitación cognitiva se define como una intervención focalizada en los niveles más básicos de las funciones cognitivas (atención, memoria y funciones ejecutivas) para mejorar el rendimiento de éstas.

Existen distintas técnicas de RHB cognitiva, siendo el IPT (Terapia integrada de la Esquizofrenia) de Roder el más implementado en nuestro medio. Se describen distintos tipos de intervención: estrategias de restauración dirigidas a la mejoría de las funciones cognitivas; estrategias de compensación, utilizando técnicas de aprendizaje ajustadas al nivel cognitivo y estrategias ambientales adaptadas.

Es eficaz en la mejoría del funcionamiento cognitivo y de los síntomas psicóticos, del estado de ánimo y la autoestima y del funcionamiento psicosocial.

La combinación de la rehabilitación cognitiva integrada en un programa con abordaje de las habilidades sociales presenta mejoría significativa respecto a la aplicación de cada una de las técnicas por separado.

➤ 3.9. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

Las habilidades sociales son las conductas que resultan eficaces en la interacción social. Entre ellas se incluyen: comunicación verbal y no verbal, autoconciencia de los sentimientos internos y de las actitudes, la percepción del contexto, la capacidad de respuestas adaptadas y el refuerzo social.

Estos programas utilizan técnicas conductuales o de aprendizaje, para adquirir habilidades instrumentales con el objetivo de corregir los déficit en las relaciones interpersonales, mejorar el autocuidado, el manejo de medicación y los síntomas y el afrontamiento de problemas de la vida diaria. Utilizan el *role-playing*, técnica de solución de problemas, técnicas orientadas a los déficit cognitivos (atención y planificación). Habitualmente se utiliza en formato grupal.

Si bien se ha criticado la escasa generalización de algunos de sus resultados, la aplicación de estas estrategias produce mejoría significativa en la interacción social, la sintomatología, el funcionamiento social y la calidad de vida.



3.10. TERAPIA OCUPACIONAL

Incluye el entrenamiento en las actividades de la vida diaria tanto básicas (orientadas a los cuidados del propio cuerpo) como instrumentales (orientadas a la interacción con el medio). Estas técnicas precisan de una mayor evidencia sobre su eficacia.

Igualmente engloba diferentes tipos de intervenciones de rehabilitación laboral (trabajo de transición, trabajo con apoyo, entrenamiento prelaboral...), considerándose que se obtienen los mejores resultados con la modalidad de trabajo con apoyo. Pero la rehabilitación laboral no siempre es posible, precisa un grado de discapacidad moderada o ligera y que el paciente se encuentre en fase estable o de mantenimiento. Se debe ofertar a los pacientes otro tipo de actividades ocupacionales, si no son aptos para la rehabilitación laboral. Este tipo de técnicas han demostrado que reducen la rehospitalización, y mejoran el *insight*.

3.11. CASE-MANAGEMENT Y TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO

El *case-management* o gestión de casos define un sistema de coordinación de servicios e intervenciones en la comunidad, mediante la asignación de los pacientes a un gestor (*case manager*) que se encarga de evaluar las necesidades del usuario, desarrollar un plan de tratamiento, disponer los medios para una adecuada asistencia, monitorizar la calidad de la asistencia y mantener contacto con el usuario. Por el momento, la evidencia científica de eficacia de esta intervención es limitada.

El tratamiento asertivo comunitario es un dispositivo basado en una organización de equipo multidisciplinar, que atiende a un grupo definido de pacientes a los que trata de proporcionar de forma enérgica y extensa los cuidados psiquiátricos y sociales que requieren. Ha demostrado resultados positivos en reducir el tiempo de estancia hospitalaria y en la mejora de la estabilidad en el domicilio, siendo dudoso su efecto sobre las re-hospitalizaciones y sobre la mejoría del funcionamiento de los pacientes.

3.12. ACTIVIDADES EXPRESIVAS

Se trata de técnicas terapéuticas (arteterapia, musicoterapia, expresión corporal...) que usan mecanismos de simbolización, comunicación y expresión, verbales y no verbales, diferentes de las actividades ocupacionales. Precisa mayor número de estudios evaluativos para valorar su efecto.

3.13. INTERVENCIONES EN PATOLOGÍA DUAL

A pesar de que la frecuente comorbilidad entre patología psiquiátrica y consumo de sustancias se relaciona con una peor presentación clínica y evolución, es habitual la exclusión de dichos pacientes de los dispositivos rehabilitadores. Es necesario un abordaje integral de ambas patologías desde todos los recursos de salud mental.

Se han desarrollado intervenciones específicas combinando elementos psicoeducativos y de entrenamiento en habilidades sociales, con una actitud activa y flexible, atención a aspectos sociales y con una perspectiva de trabajo a largo plazo. La evidencia es aún escasa sobre la eficacia de estos programas integrados.

RECOMENDACIONES CLAVE

La medicación no es suficiente para aumentar la funcionalidad del sujeto.

La rehabilitación ha demostrado su eficacia basada en la evidencia. La recuperación es posible.

La rehabilitación ha de orientarse al paciente y su familia, con su participación activa, interviniendo en la planificación del tratamiento y en la toma de decisiones.

El abordaje ha de ser individualizado y debe abarcar todos los aspectos del sujeto y su entorno.

Pensemos en el sujeto como persona y no como enfermo. El sujeto no “es esquizofrénico”, sino que “tiene esquizofrenia”.

La necesidad de implementar intervenciones familiares ha quedado suficientemente demostrada.

Las terapias cognitivo-conductuales, que cuentan con un nivel elevado de evidencia, están indicadas en el tratamiento de síntomas persistentes, en la mejora del *insight* y de la adherencia al tratamiento y para el tratamiento de la depresión, ansiedad y estrés.

El entrenamiento en habilidades sociales es efectivo en mejorar el autocuidado, el manejo de medicación y los síntomas y el afrontamiento de problemas de la vida diaria, aunque falta demostrar la generalización de estos resultados.



4. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Lieberman RP. Recovery from disability. Manual of psychiatric rehabilitation. 1ª ed. Arlington: Ed. American psychiatric publishing. 2008.

Gisbert Aguilar C. Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. Asociación española de Neuropsiquiatría. 2003.

Aldaz JA, Vázquez C. Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la Rehabilitación. 1ª ed. Madrid: Ed. S. XXI. 1996.

Rodríguez A. Rehabilitación Psicosocial de personas con Trastorno Mental Crónico. Ed. Pirámide. 1997.

Kuipers E, Leff J, Lam D. Esquizofrenia: guía práctica de trabajo con las familias. Ed. Paidós Ibérica. 2005.

5. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fórum de Salut Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. N° 2006/05-2.

Kern RS, Glynn SM, Horan WP, Marder SP. Psychosocial treatments to promote functional recovery in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 2009;35:347-361.

Roder V, Brenner HD, Hotel B, Kienzle N. Terapia integrada de la esquizofrenia. 1ª ed. Barcelona: Ed. Ariel Psiquiatría. 1996.

Chadwick P, Birchwood M, Trower P. Cognitive therapy por delusions, voices and paranoia. 1ª ed. Ed. Wiley. 1996.

Roberts LJ, Shaner A, Eckman TA. Cómo superar las adicciones. 1ª ed. Barcelona: Ed. Fundació Seny. 2001.



100. EVALUACIÓN DE LA PERSONA CON TRASTORNO MENTAL GRAVE



Autora: Isabel Menéndez Miranda

Tutor: Celso Iglesias García

Servicio de Salud Mental, Avilés. Asturias

CONCEPTOS ESENCIALES

El diagnóstico clínico no predice las necesidades asistenciales ni sus posibilidades terapéuticas.

En la evaluación integral debemos considerar aspectos como la funcionalidad, conductas de riesgo, expectativas terapéuticas y resultados asistenciales.

1. INTRODUCCIÓN

El concepto Trastorno Mental Grave (TMG) hace referencia a una serie de entidades nosológicas que, perteneciendo a distintos grupos diagnósticos, comparten algunas características: cumplen criterios de gravedad clínica, la sintomatología es persistente, y tienen limitada la funcionalidad en diversas áreas (personal, familiar, integración social).

↑ En el caso de los TMG el diagnóstico clínico, tomado aisladamente, no predice las necesidades asistenciales, ni resulta un indicador fiable de sus posibilidades terapéuticas. La evaluación de este grupo de pacientes debe perseguir la ambiciosa y difícil tarea trascender el diagnóstico, llegando al conocimiento de la situación clínica individual de pacientes heterogéneos (encuadrados en diferentes grupos diagnósticos y en distintos estadios de la enfermedad) y conectándola directamente con sus necesidades asistenciales globales y con sus posibilidades de recuperación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha desarrollado un modelo de evaluación de enfermedad fundamentado en la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (ICF) que valora distintos dominios de la persona: existencia

de daños en estructuras o funciones corporales, limitaciones en la realización de tareas individuales e implicación en el entorno vital. El conocimiento de la situación del paciente en cada uno de los dominios propuestos permitiría documentar el estado de salud de una persona más adecuadamente que las categorías diagnósticas.

Recientemente, Kopelowicz y Liberman han propuesto un modelo de evaluación adaptado a la enfermedad mental crónica, centrado en las fortalezas, las discapacidades y los objetivos del sujeto. El modelo, denominado por los autores CASIG (Client's Assessment of Strengths, Impairments, and Goals), presta atención a seis áreas concretas: calidad de vida, comportamientos inaceptables en la comunidad (abuso de alcohol y drogas, agresión verbal y física, destrucción de la propiedad), efectos secundarios de la medicación, habilidades de vida cotidiana (preparar la comida, manejo del dinero, trabajo, tiempo libre, amigos, cuidado personal y salud física), cumplimiento terapéutico (conocimientos de los efectos del tratamiento farmacológico y actitudes hacia la medicación) y síntomas (ansiedad, depresión, desorden del pensamiento, delirios y alucinaciones).

↑ Basándose en estos modelos, un protocolo de evaluación de TMG debe contemplar: la situación



clínica del individuo (diagnóstico y situación de daño en la estructura o función cerebral que esté produciendo síntomas agudos); la funcionalidad (autonomía personal y funcionamiento social) y las situaciones de riesgo que puedan comprometer el proceso terapéutico; las expectativas terapéuticas tanto del paciente como de los terapeutas y cuidadores; y los resultados obtenidos por las distintas intervenciones que componen el plan asistencial.

2. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE TRASTORNO MENTAL GRAVE

2.1. EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA

La evaluación clínica del paciente con trastorno mental grave debe permitirnos conocer su situación psicofísica, reflejando su ubicación en el espectro de severidad y el estadio en el que se encuentra.

2.1.1. Evaluación multiaxial

Las clasificaciones internacionales de enfermedad mental proporcionan un modelo adecuado de evaluación. Así el DSM plantea la evaluación de tres áreas clínicas: el diagnóstico de trastorno psiquiátrico (Eje I); los trastornos de la personalidad y del desarrollo (Eje II) y las enfermedades médicas que padece el paciente (Eje III) y dos áreas psicosociales: problemas psicosociales y ambientales (Eje IV) y evaluación de la actividad global (Eje V). La CIE 10 también plantea una evaluación que incluye: los diagnósticos clínicos (psíquicos y somáticos en el mismo Eje), el funcionamiento del individuo o el grado de discapacidad, los factores que permiten contextualizar la dolencia y, más recientemente, la calidad de vida.

➔ En el caso de los trastornos mentales graves la evaluación del Eje II (personalidad) debe ir más allá de la categorización diagnóstica, ya que, independientemente de que los pacientes presenten un

trastorno de personalidad diagnosticable, los rasgos de carácter tienen una importancia crucial para el diseño del plan terapéutico; lo mismo sucede con la capacidad cognitiva del individuo.

➔ 2.1.2. Estadiaje de la enfermedad

Para el diseño de un plan terapéutico adecuado, debemos conocer el momento evolutivo en el que se encuentra la enfermedad. Es necesario saber si una persona que aún no ha desarrollado la enfermedad se encuentra en situación de riesgo; o en el caso de que la enfermedad haya comenzado, si se encuentra en: estadio prodrómico, situación aguda (al principio del proceso o en una recaída), situación crónica, o en un estadio refractario. La importancia de este dato viene dada por la especificidad de las intervenciones terapéuticas que deben ser aplicadas en cada uno de los estadios citados: medidas preventivas, tratamiento agudo, tratamiento crónico y rehabilitador o tratamiento paliativo respectivamente. Asumiendo siempre el principio de que la estabilidad sintomática (eliminación de los síntomas agudos) es una necesidad previa sobre la que desarrollar el proceso rehabilitador (tabla 1).

➔ 2.1.3. Evaluación de la personalidad

La personalidad es el estilo de funcionamiento adaptativo que exhibe un organismo o especie frente a su entorno habitual. Las anomalías de la personalidad son, por tanto, estilos particulares de funcionamiento desadaptativo, cuyo conocimiento es crucial para el éxito de cualquier estrategia terapéutica, ya que permite apreciar fortalezas y vulnerabilidades de personas y prever la manera en que el paciente puede comportarse en distintas situaciones.

Existen teorías centradas en comprender la personalidad normal que tratan de definir características básicas comunes en personalidades individuales; a

Tabla 1. Modalidad de tratamiento

		Educativo	Preventivo	Agudo	Crónico	Paliativo
Estadio de la enfermedad	En riesgo	X	X			
	Agudo	X	X	X		
	Crónico	X	X	X	X	
	Resistente					X

partir de ellas se han desarrollado instrumentos para evaluar las características de la personalidad de un individuo. Millon considera que para comprender las posibilidades de un paciente y adaptar las estrategias adecuadamente, debemos intentar dar respuesta tres preguntas: ¿qué refuerzos busca el individuo?, persecución del placer o evitación del dolor; ¿dónde procura encontrarlos?, en sí mismo o en los otros; y ¿cómo actúa para poder llegar a ellos?, de modo activo o pasivo. Este autor ha desarrollado un modelo que distingue cuatro grupos diferenciados de prototipos de personalidad. Los inventarios de evaluación de Millon, en especial los destinados a población adulta (el MCMI y el MIPS) tratan de categorizar la personalidad en base a esta teoría:

- Personalidades con dificultades para el placer: esquizoide, evitativo, depresivo.
- Personalidades con problemas interpersonales: dependiente, histriónico, narcisista y antisocial.
- Personalidades con conflictos intrapsíquicos: sádico, compulsivo, negativista y masoquista.
- Personalidades con déficits estructurales: esquizoide, paranoide, límite y descompensado.

Las organizaciones que auspician las clasificaciones internacionales de enfermedad mental, contemplan la evaluación de la personalidad desde otra perspectiva y proponen un sistema categorial de clasificación de los trastornos de personalidad basado en la presencia de elementos conductuales relevantes. Con el fin de evaluar los trastornos de personalidad según el sistema de clasificación de la CIE 10 se ha desarrollado un cuestionario: el Internacional Personality Disorder Examination (IPDE), que tiene el valor de ser cercano al lenguaje cotidiano del clínico. Explora seis áreas de la vida del paciente: trabajo, yo, relaciones interpersonales, afectos, prueba de realidad y control de impulsos; permite obtener la información de un familiar o allegado y cuenta con un breve instrumento de cribado previo autoaplicado para orientar inicialmente el diagnóstico.

2.1.4. Evaluación de la capacidad cognitiva y cognición social

Recientemente ha sido adaptada y validada para su utilización en nuestro país la Escala de Screening

para el Deterioro Cognitivo en Psiquiatría (Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry SCIP). Es una escala heteroaplicada y breve, apta para ser utilizada en la práctica diaria con un mínimo entrenamiento. Inicialmente propuesta para la evaluación cognitiva en pacientes con esquizofrenia, estudios posteriores han demostrado que también es un instrumento válido y fiable en el caso de pacientes con trastorno bipolar tipo I, por lo que su uso podría ser factible en la categoría de trastorno mental grave.

Recientemente, el interés por las funciones cognitivas básicas ha dado paso al estudio de las repercusiones que dichas alteraciones pudieran tener en el funcionamiento social del paciente. En este sentido, nace el concepto de cognición social que se define como la parte de la cognición que implica la percepción, la interpretación y el procesamiento de las señales sociales, así como la capacidad de responder adecuadamente a dichas señales. La cognición social aportaría al clínico información del rendimiento cognitivo de una forma aplicada y práctica. La escala GEOPTE de cognición social, que ha sido diseñada en nuestro país para su utilización en psicosis, es una escala sencilla, de utilidad en la práctica clínica que, a través de los datos obtenidos del paciente y de un cuidador, permite relacionar los déficit cognitivos básicos (o más concretamente la percepción subjetiva de los mismos) con la cognición social del individuo.

2.1.5. Evaluación de la situación física

En los últimos años, se ha evidenciado que las tasas de morbilidad de los pacientes con TMG son más elevadas que las de la población general. En el año 2008, el Consenso español sobre salud física en pacientes con esquizofrenia elaboró un protocolo de control de salud física, que puede ser trasladado a los pacientes con trastorno mental grave. En él se plantea la valoración periódica de los siguientes parámetros:

- Antecedentes personales y familiares.
- Exploración física.
- Hábitos tóxicos (valoración del deseo de deshabitación y seguimiento de las fases de cambio; si hay diagnóstico de abuso/dependencia: control de orina).



- Función sexual y comportamientos sexuales de riesgo (si hay comportamientos sexuales de riesgo realizar serologías repetidas).
- Electrocardiograma (seguimiento si hay factores de riesgo cardiovascular).
- Tensión arterial y frecuencia cardíaca.
- Peso, talla (IMC= kg/m²) y perímetro abdominal.
- Hematimetría.
- Bioquímica de sangre (perfil lipídico completo, glicemia, creatinina, función hepática).
- Serología (VHC, VHB, VIH, VDRL, papiloma virus).
- Perfil hormonal (TSH, prolactina).
- Valoración de efectos extrapiramidales y discinesia tardía.

3. EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD Y CONDUCTAS DE RIESGO

La funcionalidad vendría determinada, según la OMS, por el equilibrio entre genes, anormalidades cerebrales, capacidades cognitivas y comportamentales y su interacción con el ambiente. Su evaluación puede valorarse mediante escalas específicas. La escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO/DAS), es un instrumento heteroaplicado y sencillo que abarca cuatro áreas de funcionamiento: cuidado personal, funcionamiento ocupacional, funcionamiento en la familia y en el contexto social en general. Además, contempla el registro de las habilidades específicas que el paciente conserva y que son relevantes para su manejo.

Otro instrumento útil que se ha desarrollado recientemente es la Escala de Funcionamiento Personal y Social (Personal and Social Performance Scale, PSP) que evalúa las siguientes cuatro áreas principales: autocuidado (tomar el tratamiento, comer, bañarse, lavarse la cabeza, cepillarse los dientes, cuidar la apariencia externa y cambiarse de ropa), actividades sociales habituales incluyendo trabajo y estudio, relaciones personales y sociales (pareja, familia, amigos, red de soporte social fuera del tratamiento) y comportamientos agresivos (hablar demasiado alto, insultar, discutir, amenazar verbalmente, romper o arrojar objetos, pelear, amenazar con auto o heteroagresiones).

Además de los riesgos valorados por la escala PSP, pueden existir otros comportamientos o circunstancias que pueden comprometer el éxito del plan terapéutico y que deben ser conocidos por el equipo asistencial. Entre ellos están:

- Consumo comórbido de tóxicos.
- Conductas inaceptables en la comunidad (agresividad o conductas disruptivas o delictivas).
- Mala adherencia al tratamiento farmacológico.
- Efectos adversos a la medicación prescrita.

➡ Un buen complemento para mejorar la información necesaria para el diseño del plan terapéutico, puede ser la evaluación de necesidades asistenciales (entendidas como los problemas de salud no cubiertos valorados según distintas perspectivas: paciente, cuidadores, sistema sanitario, entorno social). Un instrumento diseñado específicamente para su utilización en personas con enfermedades mentales graves es el Cuestionario de Evaluación de Necesidades de Camberwell (Camberwell Assessment of Needs -CAN-) que mide, desde la perspectiva del paciente y del profesional, veintidós áreas de necesidades que abarcan alojamiento, alimentación, cuidado del hogar, cuidado personal, actividades diarias, salud física, síntomas psicóticos, información acerca del estado y del tratamiento, angustia, seguridad hacia sí mismo y otros, alcohol, drogas, compañía, relaciones de pareja, sexualidad, cuidado de los hijos, educación básica, teléfono, dinero, transporte y prestaciones sociales.

4. EVALUACIÓN DE LAS EXPECTATIVAS TERAPÉUTICAS

En gran medida, el éxito de cualquier plan asistencial dependerá de su adaptación a las actitudes y los intereses del paciente; por eso, sus opiniones, aspiraciones y expectativas siempre han de ser escuchadas y tenidas en cuenta.

➡ Conocer y atender a las expectativas de los pacientes produce: un mayor grado de satisfacción con las intervenciones realizadas; una mayor adherencia terapéutica; una disminución de la demanda continua e injustificada de atención (*doctor shopping*); e incluso, una disminución de los litigios por mala praxis. Uno de los aspectos clave en nuestra aproximación

a las expectativas del paciente en la consulta de evaluación puede ser resuelto con la realización de unas sencillas preguntas: ¿qué espera que yo pueda hacer por usted?, y reservar tiempo hacia el final para plantear: ¿hay algo que yo no le haya preguntado que considere importante que sepa, o algún aspecto que esperaba solucionar y no hemos tratado? En el caso de pacientes con enfermedad mental, se ha visto que estrategias de información que les permitan anticipar, con el suficiente conocimiento, lo que cabe esperar de la enfermedad y de los tratamientos, aumentan la asistencia y satisfacción con los cuidados planteados.

En el caso de pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar, la encuesta UNITE (Understanding Needs, Interactions, Treatment and Expectations) mostró que los pacientes tienen un punto de vista propio sobre la enfermedad, que no siempre coincide con el de los médicos. Los pacientes tienen una percepción negativa de la comorbilidad médica asociada a su enfermedad mental y consideran que no son lo suficientemente evaluados en este aspecto por parte de los profesionales sanitarios encargados de sus cuidados.

5. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS ASISTENCIALES

Uno de los parámetros más representativos de la efectividad de un tratamiento es la mejora de la calidad de vida. La calidad de vida abarca aspectos como: salud general, dolor y molestias, energía vital, imagen corporal y apariencia, autoestima, aprendizaje, sentimientos. El cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36) o su versión abreviada (SF-12) pueden ser de utilidad en esta evaluación.

➔ Un instrumento de especial relevancia para la valoración de los cambios en la situación global del paciente es la escala Health of Nation Outcome Scales (HoNOS) que permite comparar el impacto sobre la salud de las distintas intervenciones terapéuticas o del curso natural del trastorno. Está diseñada para medir todo el rango de problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental. La escala consta de 12 ítems divididos en cuatro secciones:

- Problemas conductuales: agresividad, autoagresiones, uso de sustancias.
- Deterioro: disfunción cognitiva, discapacidad física.
- Problemas clínicos: depresión, alucinaciones e ideas delirantes, otros síntomas.
- Problemas sociales: relaciones sociales, funcionamiento general, problemas de residencia, problemas ocupacionales.

6. SCREENING DE TRASTORNO MENTAL GRAVE

Un apartado importante en cualquier programa asistencial, previo a todo lo planteado anteriormente, es el del *screening* o despistaje del proceso. Este aspecto resulta especialmente relevante en el capítulo de los trastornos mentales graves debido a la falta de concreción del propio concepto. En los últimos años se han desarrollado, con el apoyo del Centro Nacional Estadounidense para la Salud (U.S. Government's National Center for Health), dos escalas (K6 y K10) diseñadas para ser sensibles a la presencia de un amplio rango de malestar psíquico inespecífico, con el fin de permitir detectar casos de trastorno mental grave independientemente de la categoría diagnóstica. Existen dos versiones de las escalas: una autoadministrada y otra para ser administrada por un clínico. La escala K6 es simplemente una forma truncada de la K10 en el que se suprimen cuatro preguntas sin que pierda validez.

⬆ Desde un punto de vista más operativo, cualquier programa de atención a trastorno mental grave debe contemplar una fase de evaluación sencilla cuyo objetivo sea determinar si el paciente cumple los criterios para ser incluido. El instrumento utilizado en esta fase de screening ha de ser singular, ya que deberá, obligatoriamente, adaptarse a los criterios marcados en cada programa concreto. No obstante, independiente de las particularidades de cada programa, existen datos que parecen universalmente necesarios:

- El diagnóstico y el nivel de gravedad clínica.
- El nivel de discapacidad y la duración de la misma.
- Criterios de priorización que deberían armonizar la importancia de los problemas que tiene el paciente con las posibilidades terapéuticas



de la estructura asistencial. Un ejemplo de sistema de priorización lo aporta el programa de Trastorno Mental Severo de Asturias que propone utilizar tres criterios: la estabilidad clínica, el apoyo socio-familiar y la vinculación con los servicios asistenciales que permitirían clasificar

los pacientes de más graves (pacientes clínicamente inestables, sin apoyo socio-familiar y no vinculados con los servicios) a menos graves (pacientes clínicamente estables, con apoyo socio-familiar y correctamente vinculados con los servicios).

RECOMENDACIONES CLAVE

El enfermo con TMG debe ser visto como una unidad psico-física influida por el medio social.

Protocolo de evaluación en TMG

- Situación clínica:
 - Diagnóstico multiaxial y estadio de la enfermedad (pródromos, agudo al inicio o en recaída, estable, refractario).
 - Síntomas.
 - Cognición.
 - Personalidad.
 - Situación física.
- Funcionalidad y riesgos:
 - Autocuidados y vida independiente.
 - Funcionamiento social.
 - Conductas inaceptables en la comunidad (p ej. consumo de sustancias, conductas agresivas o disruptivas, delitos...).
 - Adherencia a la medicación.
 - Efectos adversos medicamentosos.
- Expectativas
- Resultados del tratamiento:
 - HoNOS.
 - Calidad de vida.

7. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Liberman RP. Recovery from disability: manual of psychiatric rehabilitation. Arlington: Ed. American Psychiatric Publishing. 2008.

World Health Organization. International classification of functioning, disability and health (ICF). The Fifty-fourth World Health Assembly. Geneva: WHO. 2002. Resolution WHA 54.21 .

Kopelowicz A, Liberman RP. Integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illnesses. *Psychiatric Services*. 2003;54(11):1491-1498.

Corrigan PW, Faber D, Rashid F, Leary M. The construct validity of empowerment among consumers of mental health services. *Schizophr Res*.1999;38(1):77-84.

Lasalvia A, Bonetto C, Tansella M, Stefani B, Ruggeri M. Does staff-patient agreement on needs for care predict a better mental health outcome? A 4-year follow-up in a community service. *Psychol Med*. 2008;38(1):123-33.

8. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Lloyd C, King R, Moore L. Subjective and Objective Indicators of Recovery in Severe Mental Illness: A Cross-Sectional Study. *Int J Soc Psychiatry*. 2009.

Lloyd C, King R, Moore L, Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein J. et al. Screening for serious mental illness in the general population. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:184-189.

McIntyre RS. Understanding needs, interactions, treatment, and expectations among individuals affected by bipolar disorder or schizophrenia: the UNITE global survey. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(3):5-11 .

Wolford G, Rosenberg SD, Rosenberg HJ, Swartz MS, Butterfield MI, Swanson JW et al. A clinical trial comparing interviewer and computer-assisted assessment among clients with severe mental illness. *Psychiatr Serv*. 2008;59(7):769-75.

Hansson L, Björkman T, Priebe S. Are important patient-rated outcomes in community mental health care explained by only one factor? *Acta Psychiatr Scand*. 2007;116(2):113-8.





101. DISEÑO DE PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN (PIA) EN REHABILITACIÓN



Autores: Eskarne Zallo Atxutegi y Ainara Arnaiz Muñoz

Tutores: Juan Moro Abascal y Luis Ugarte Arostegui

Hospital Psiquiátrico de Zamudio. Bizkaia

CONCEPTOS ESENCIALES

PIA: programa sistemático individualizado y multidisciplinar necesario para la intervención en rehabilitación psicosocial, basado en la evaluación que realizan los distintos profesionales implicados y que se debe consensuar con el usuario y su entorno quienes también intervienen de manera activa y comprometida en el programa.

La intervención se organiza alrededor de las distintas áreas vitales, que son los ámbitos funcionales en los que la persona se desenvuelve y opera para lograr una adaptación psicosocial óptima según sus capacidades.

Según las necesidades evaluadas por áreas vitales, se establecen objetivos específicos y generales que deben revisarse a lo largo del proceso rehabilitador, siendo un programa dinámico.

1. INTRODUCCIÓN

La heterogeneidad que acompaña al trastorno mental severo en cuanto a síntomas, curso de la enfermedad, capacidades, déficits, etc. hace necesario que la intervención en rehabilitación psicosocial se plantee como un proceso individualizado. Uno de los elementos esenciales de este proceso es la elaboración de un Plan Individualizado de Atención (PIA) que sirva de guía, justificación y evaluación de dicho proceso.

➡ Se puede definir el PIA como un esquema o programa sistemático en el que se proponen objetivos y formas de conseguirlos, estructurado secuencialmente, flexible y dinámico (permite realizar cambios), a modo de plano-guía desde el que realizar la toma de decisiones. El PIA es resultante del proceso de evaluación en el que se han identificado las habilidades y limitaciones de una persona a la hora de vivir integrada con normalidad y autonomía en su comunidad

de referencia. Es un diseño particularizado (centrado en el individuo, su idiosincrasia y su entorno), en el que de manera reglada se disponen los objetivos a conseguir, los formatos de intervención (individual y/o grupal) y las estrategias de intervención.

➡ El PIA se configura en una Junta de Evaluación, reunión que se convoca al finalizar la evaluación inicial y donde participan todos los miembros del equipo además de invitar a otros profesionales implicados (clínicos de referencia, personal de servicios sociales, etc.). Toda la información recopilada se expone, se discute y se ordena para la selección de objetivos y su jerarquía. El profesional de referencia será el responsable de aunar y centralizar toda la información. La propuesta de objetivos se hará colectivamente guiada por el profesional responsable del caso, quien realizará la redacción final. El resultado, el PIA, no será definitivo hasta que sea presentado por el profesional de referencia al usuario y su familia, éstos confirmen que están recogidas sus demandas



y objetivos, y den su compromiso con el PIA en Rehabilitación.

► Dentro de la filosofía de la rehabilitación, es necesario comprometer al usuario y otras personas relevantes (familiares, profesionales de rehabilitación, clínicos de referencia, servicios sociales, etc.) en la formulación del PIA. El compromiso y la participación del usuario y personas allegadas son muy útiles a la hora de seleccionar los objetivos iniciales y es una eficaz estrategia para aumentar la motivación e implicación de todos en el proceso de rehabilitación.

2. EVALUACIÓN EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

La evaluación en rehabilitación psicosocial es el proceso que va a guiar la intervención. La evaluación es preliminar a la elaboración del PIA, a partir de ella se programan los objetivos de rehabilitación, se diseñan las intervenciones y se controlan los resultados.

► Se trata de una “evaluación funcional”, una “evolución del funcionamiento” del usuario en las diferentes áreas vitales o en los diferentes roles sociales susceptibles de ser desarrollados por ese usuario para afrontar las demandas de su medio. Es decir, esclarece el nivel de desempeño alcanzado por una persona en su vida cotidiana (aseo personal, tareas domésticas y comunitarias, relaciones sociales, cometidos laborales o formativos, etc.) y cómo resuelve o se enfrenta a los diferentes niveles de exigencia generados por su entorno. La evaluación del funcionamiento se realiza sobre la base de dos criterios primarios: autonomía/dependencia y grado de desarrollo de la competencia (nulo, bajo, alto...).

La evaluación en rehabilitación psicosocial diverge del tradicional diagnóstico psiquiátrico en cuanto a sus objetivos, procesos y herramientas. Mientras que el diagnóstico psiquiátrico se centra en las condiciones patológicas y en el desarrollo de los síntomas, la evaluación en rehabilitación lo hace en las habilidades y los recursos que la persona necesita para conseguir sus objetivos.

En resumen, la evaluación en rehabilitación psicosocial es un proceso multiaxial y sistemático de recogida, organización y análisis de información para la propuesta de un PIA.

3. CONCEPTO DE ÁREA VITAL

La evaluación, la intervención y el propio PIA se organizan alrededor del significado de área vital. Por área vital se entiende cada uno de los ámbitos funcionales en los que la persona se desenvuelve y opera para lograr su adaptación psicosocial óptima. Cada ámbito funcional debe cumplir la condición de ser determinante para la integración autónoma de la persona en la comunidad.

► Las 6 áreas que se someten a consideración como áreas vitales son:

- Área de autonomía económica: formación, capacitación e inserción laboral.
- Área social y de ocupación del tiempo libre.
- Área de convivencia, relaciones familiares y de pareja.
- Área de autonomía doméstica: mantenimiento de la casa.
- Área de autonomía en el entorno comunitario: desenvolvimiento en el medio.
- Área de salud: incluye evaluación clínica, prevención de recaídas, hábitos de salud, uso de drogas, aseo personal.

Pasamos a aportar una pequeña aclaración de cada una de las áreas.

- Área de autonomía económica. Tiene que ver con la solvencia económica necesaria para vivir con autonomía. Más allá del origen de los ingresos (pensión, nómina...), abarca también lo relacionado con la integración en el mundo laboral (formación, búsqueda de empleo, incorporación y mantenimiento adaptado en el trabajo...).
- Área social y de ocupación del tiempo libre. Tiene que ver con la cantidad y calidad de las relaciones sociales, también con las actividades que las personas realizan en su tiempo libre. Se incluyen conductas de comunicación (hablar por teléfono, “chatear”...), conductas asertivas, actividades de ocio, tanto si se realizan en compañía de otras personas como individualmente...

- Área de convivencia, relaciones familiares y de pareja. Se refiere a la vida en pareja, las relaciones entre las personas que conviven en la misma casa y las que se establecen con vínculos significativos. Se incluyen conductas que tienen que ver con la emoción expresada, estilo de interacción en la familia, relaciones de apoyo y confidencialidad...
- Área de autonomía doméstica. Esta área se relaciona con las habilidades, destrezas y competencias para desempeñar normalizadamente áreas de mantenimiento de la casa (arreglos, pagos de recibos...), tareas domésticas (comida, compra, limpieza...) convivencia integrada en la comunidad de vecinos...
- Área de salud. Tiene que ver con la higiene, aseo personal, vestido, sueño, alimentación, consumo de tóxicos, actividades deportivas, medicación, conductas de riesgo psiquiátricos, conductas de prevención en crisis, presencia de síntomas, capacidades cognitivas...
- Área de autonomía en el entorno comunitario. Tiene que ver con las capacidades y competencias para desenvolverse en el entorno comunitario, dícese uso de transportes, realización de trámites burocráticos, uso de recursos...

Estos contenidos son la base del objeto de la rehabilitación.

4. ELEMENTOS DE UN PIA

↑ Cuatro son los elementos que deben vertebrar una programación:

4.1. OBJETIVOS

- Objetivos generales, que hacen referencia a un área vital. Organizan y guían las grandes líneas de intervención.
- Objetivos específicos, que concretan y operativizan los objetivos generales, la dirección hacia la que debe de conducirse la intervención. Estos objetivos deben ser:
 - Claros y concretos.
 - Acordados entre el usuario, las personas relevantes de su entorno y el equipo multidisciplinar.

- A corto (diarios, semanales), medio (mensuales) y largo plazo (anuales) de forma interrelacionada.
- Destacados, funcionales y asequibles.
- Directamente evaluables y formulados en términos observables y de conducta.

4.2. TEMPORALIZACIÓN

Se refiere a la priorización de los objetivos pudiéndose utilizar diversos criterios para tal efecto. Así: criterio de urgencia de cambio, criterio de la motivación (interés del usuario), criterio de la facilidad (primero intentar con los más viables), criterio de la concurrencia con otros objetivos (la consecución de un objetivo puede poner en marcha otro, inicialmente no planificado).

4.3. FORMATOS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Diseño con rigor metodológico de los procedimientos para conseguir los objetivos establecidos según la prioridad. Cualquier estrategia de intervención ha de seguir un procedimiento estructurado y sistemático cuya finalidad es alcanzar un resultado previamente concertado. La estructuración sistemática de tal procedimiento pasa por interrelacionar acciones psicológicas y sociales encaminadas hacia una finalidad concreta: psicoeducación, entrenamiento y recuperación de habilidades y capacidades (utilizando terapias conductistas o *role-playing*), orientación y asesoramiento, manejo y solución de problemas, apoyo comunitario, promoción del uso de recursos normalizados, impulso de las redes de apoyo social...

➡ Cada uno de los miembros del equipo multidisciplinar se responsabiliza de cada una de las distintas estrategias de intervención; así por ejemplo el psicólogo es el responsable de la psicoeducación; el trabajador social se encarga de la promoción de recursos normalizados, etc.

↑ Dos serían los formatos de intervención: individual y grupal. El formato grupal supone la condición óptima para dar forma a las intervenciones que van a ser más rentables y eficaces si se llevan a cabo por varias personas a la vez. Es en muchas ocasiones el canon desde el que mejor puede regularse el



dar instrucciones, ofrecer información, aplicar prescripciones y realizar a entrenamientos. El formato individual propicia el contexto desde el que poner en marcha acciones pro-rehabilitadoras de asuntos que atañen a lo personal, situaciones particulares que no pueden, no deben o no interesa, desde una perspectiva poner en común.

↑ 4.4. EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS

El PIA no se agota en su formulación primera, sino que periódicamente hay que ir revisando la consecución de las metas propuestas. Se pueden emplear la siguientes clasificaciones para evaluar los resultados: conseguido, parcialmente conseguido (cuando se consigue la conducta pero no tal y como ha sido enunciado) o no conseguido.

La valoración debe ser cuantitativa (registros de línea base de la frecuencia e intensidad de las conductas) y cualitativa (apreciaciones del profesional no sólo de las conductas sino también de las entrevistas con el usuario, la familia... y valoraciones del usuario y de su entorno).

5. VENTAJAS DE ELABORAR UNA PIA

▶ Trabajar con intervenciones planificadas favorece la toma de decisiones y la intervención en la misma línea de coherencia y complementariedad entre los distintos profesionales haciendo posible el trabajo en equipo. Tener un plan de referencia aproxima evaluaciones objetivas de las praxis rehabilitadoras y también ayuda a soslayar evaluaciones subjetivas.

Maximiza la futura adaptación del individuo al medio, al incorporarlo a entrenamientos programados en función de sus necesidades y ajustados a sus posibilidades.

6. EJEMPLO DE PIA

XX es un paciente diagnosticado de esquizofrenia paranoide. A pesar del tratamiento farmacológico persisten ciertas dificultades que le limitan en su vida cotidiana. Entre estas dificultades está la imposibilidad de salir a la calle porque persisten ciertas sensaciones e interpretaciones paranoides; un importante conflicto familiar y problemas para realizar frecuentemente algunas de las actividades de la vida diaria

que consideramos básicas como puede ser la higiene diaria o responsabilizarse de su medicación.

6.1. DISEÑO DE PIA PARA PACIENTE XX

6.1.1. Objetivo general

”Normalizar la convivencia familiar y las relaciones entre los miembros de la familia”.

6.1.2. Objetivos específicos

- “Que el usuario pueda permanecer en cualquier lugar de la casa aunque esté su hermana”.
 - Formato de intervención: tutorías de las que se responsabiliza el psicólogo.
 - Estrategias de intervención: a) no evitar a la hermana. Afrontar la situación aunque le inquiete o se sienta incompetente; b) reestructuración de sentimientos y emociones discriminados cuando ve a la hermana, mediante un tránsito que va del odio a la indiferencia, de la indiferencia a la proximidad, de la proximidad al afecto, de éste al afecto intenso y de ahí al cariño.
 - Resultados: objetivo conseguido. Puede permanecer en cualquier lugar de la casa aunque esté su hermana. Tras la intervención su presencia le discrimina sentimientos y emociones de indiferencia.
- “Que la madre conozca los aspectos básicos de la problemática del usuario”.
 - Formatos de intervención: tutorías de las que se responsabiliza el psicólogo y el programa con familiares.
 - Estrategia de intervención: psicoeducación.
 - Resultados: objetivo conseguido.
- “Que la madre aprenda a mediar conductas normalizadas y autónomas”.
 - Formatos de intervención: tutorías de las que se responsabiliza el psicólogo y el programa con familiares.
 - Estrategias de intervención: a) psicoeducación; b) entrenar a la madre en manejo de contingencia.
 - Resultados: objetivo conseguido.

6.2. DISEÑO DE PIA PARA PACIENTE XX

6.2.1. Objetivo general

“Adquirir hábitos favorecedores de conductas normalizadas y adaptativas.

6.2.2. Objetivos específicos

- “Tomar la medicación autónomamente”.
 - Formatos de intervención: tutorías de las que se responsabiliza el psicólogo y el programa de autoadministración de medicación.
 - Estrategias de intervención: psicoeducación
 - Resultados: objetivo conseguido.
- “Corregir la tendencia a atender selectivamente a sucesos y circunstancias valorados por el usuario como negativos”.
 - Formatos de intervención: tutorías de las que se responsabiliza el psicólogo.
 - Estrategias de intervención: a) se le manda hacer un registro semanal de sucesos y circunstancias valorados por él como positivos; b) se comentan y se razona el valor cuantitativo y cualitativo del registro; c) cuatro semanas más tarde se le pide que además escriba tres frases positivas con palabras o sentido alusivo a sentimientos y emociones; d) se reflexiona sobre el valor social y personal de los sentimientos y emociones y se contraponen su conducta escrita a la conducta verbal; e) dos semanas más tarde se le pide que no sólo registre sucesos y circunstancias valorados por él como positivos, sino también los valorados como negativos; f) se comentan y se razona el valor cuantitativo y cualitativo del registro; g) tras las estrategias reseñadas se optó, dados los progresos obtenidos y en función de la reevaluación realizada, por utilizar técnicas de aceptación y compromiso. La estrategia se núcleo en torno a metáforas ideadas *ad hoc*.
 - Resultados: objetivo parcialmente conseguido. Se ha reducido la frecuencia y la intensidad de la conducta de atender selectivamente a sucesos y circunstancias valorados por el usuario como negativos. El criterio para con-

siderar el objetivo como conseguido es que la conducta se extinga.

- “Ducharse todos los días”
 - Formato de intervención: atenciones individuales de las que se responsabiliza una educadora.
 - Estrategias de intervención: a) se razona la importancia de un aseo suficiente. Se reflexiona conjuntamente a propósito de cuál era la pauta que seguía hace unos años y el porqué esa frecuencia disminuyó; b) se pacta con el usuario una frecuencia mínima que debería ir aumentando progresivamente hasta alcanzar la frecuencia fijada en el objetivo; c) se le instiga para que respete esa frecuencia; d) se refuerza verbalmente el logro.
 - Resultado: consideramos prematura una valoración del objetivo.

6.3. DISEÑO DE PIA PARA PACIENTE XX

6.3.1. Objetivo general

“Integrarse en el entorno comunitario”.

6.3.2. Objetivos específicos

- “Salir solo a la calle”.
 - Formato de intervención: atenciones individuales de las que se responsabiliza una educadora y tutorías de las que se responsabiliza un psicólogo.
 - Estrategias de intervención: a) se le dan instrucciones a la madre para que cuando el usuario salga, a la vuelta, no le pregunte cómo está, si le fue bien, si tuvo ideas raras, si pasó mal...; b) se le enseña, al usuario, estrategias de control de estímulos que puedan discriminar pensamientos agresivos o que le perturben. Se le explica lo que no debe hacer para así no reforzar ese tipo de pensamientos; c) se utilizan estrategias de reestructuración cognitiva para provocar cambios en sus atribuciones y valoraciones; d) la educadora acuerda con él distintos lugares de la ciudad a los que ir. Le acompaña y progresivamente va desvaneciendo el apoyo.
 - Resultado: objetivo conseguido.



- “Permanecer en o transitar por lugares muy concurridos de gente”.
 - Formato de intervención: atenciones individuales de las que se responsabiliza una educadora y tutorías de las que se responsabiliza el psicólogo.
 - Estrategias de intervención: a) psicoeducación; b) se pacta con el usuario distintas actividades a realizar en la calle. Se gradúan siguiendo el criterio de lejanía respecto a su casa. SE le da instrucción de que salga a realizar la actividad que le exija un desplazamiento más corto. Sólo realizará la siguiente cuando realiza ésta sin dificultad; c) si es preciso, cada vez que inicie una actividad la educadora le acompañará. A la par que el usuario vaya ganando seguridad, la educadora irá desvaneciendo progresivamente el apoyo; d) implosión.
- Resultados: objetivo no conseguido. El usuario no siguió correctamente las instrucciones. Además, al aplicar la desensibilización sistemática en vivo y la implosión, se observó como en el usuario aparecían con más vehemencia ideas y sensaciones de referencia y perjuicio, lo que obligó a suspender dichas intervenciones. Reevaluada la conducta que enuncia el objetivo, se decide aplicar una estrategia de implosión aprovechando los desplazamientos que se veía obligado a realizar para asistir a las actividades programadas en el centro de rehabilitación psicosocial y su asistencia a un curso formativo laboral. Este cambio en la estrategia de intervención favoreció y facilitó la mejora ostensible para esta actividad.

RECOMENDACIONES CLAVE

El PIA en Rehabilitación es el paso intermedio, la bisagra, entre la evaluación y la intervención y tiene como función básica ordenar y jerarquizar ambos aspectos.

Formular el PIA es acordar una hipótesis de trabajo en función de la cual se planifica la actuación. El PIA posibilita que, en un equipo, todos los agentes (profesionales, usuarios y familiares) actúen en la misma dirección.

Las conclusiones, que toman forma de objetivos, siempre son provisionales y están sujetas a modificaciones en función de los cambios en las circunstancias del individuo.

7. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Fernández Blanco J, Cañamares JM, Otero V. Evaluación funcional y planificación de la intervención en rehabilitación psicosocial. En: *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Ed. Pirámide. 1997:103-123.

Muñiz E. Organización y elaboración de planes individualizados de rehabilitación laboral. En: *Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención*. Madrid: Consejería de servicios sociales. 2001:65-70.

Fernández Blanco JI. Evaluación y Plan individualizado de rehabilitación. En: *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica*. Madrid: Consejería de servicios sociales. 2002:75-91.

Fernández Fernández JA, González Cases J, Mayoral F, Touriño González R. Evaluación funcional en rehabilitación psicosocial. Métodos e instrumentos. En: *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Madrid: AEN. 2003:57-106.

Thornicroft G, Susser E. Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2001;178:2-4.

8. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Consejo español sobre evaluación y tratamiento. En: <http://personales.ya.com//laemental/Evaluac.pdf>

Berrios G. De la fenomenología a la estadística. En Buldena, Berrios y Fernández Larrinoa (eds.). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Ed. Masson. 2000:3-14.

García-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA et al. Banco de instrumentos básicos para la práctica de psiquiatría clínica. 5ª ed. Ed. Ars Médica.

Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Habilidades de entrevista para sicoterapeutas. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer. 2002.

Uriarte Uriarte JJ. Evaluación de la Atención a la Enfermedad Mental Grave y Rehabilitación: algunos apuntes para el futuro. En: Fernández Fernández JA, Touriño González R, Benítez Zarza N, Abelleira Vidal C. *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. Pendiente de publicación.





102. GESTIÓN DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN



Autores: Juan Luis Muñoz Sánchez, Carolina Rodríguez Pereira,
Alicia Prieto Domínguez y Carlos Sánchez Martín
Tutor: Manuel A. Franco Martín
Complejo Asistencial de Zamora. Zamora

CONCEPTOS ESENCIALES

El objetivo en la atención a la persona con enfermedad mental grave y prolongada es la recuperación, para lo cual se precisa de la aplicación de un Plan Individualizado de Rehabilitación.

El Plan Individualizado de Rehabilitación constituye el plan estratégico que dirigirá el proceso rehabilitador y ordenará todas las intervenciones.

➔ 1. INTRODUCCIÓN. EL PIR COMO EJE DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

La atención a las personas con enfermedad mental grave y prolongada ha constituido tradicionalmente un serio problema sanitario y social que todavía es un importante reto asistencial. En este sentido, se comprueba que a lo largo de la historia ha ido variando la forma de conceptualizar y tratar estas enfermedades, desde la edad media en que los trastornos mentales eran asimilados a actividades de brujería y por ello se llegaba a quemar en la hoguera a estas personas, a las posteriores casas de retiro y el tratamiento moral en la ilustración, y finalmente, a la terapias biológicas como los comas insulínicos o la terapia electroconvulsiva. Una primera aproximación al estudio de la evolución histórica de la asistencia e intervención a las personas con enfermedad mental grave y prolongada permite diferenciar a lo largo del tiempo tres periodos-etapas básicas:

- Primera: de mera observación y valoración de la psicopatología y trastornos mentales, en la que la falta de disponibilidad de recursos terapéuticos eficaces obligaba a la descripción y clasificación fenomenológica y nosológica, sin posibilidad de más pretensiones.
- Segunda: de reducción y eliminación de la sintomatología asociada a la esquizofrenia, fundamentalmente la sintomatología positiva (delirios y alucinaciones preferentemente) y la relacionada con la agitación, agresión o violencia. La aparición de los primeros fármacos antipsicóticos supuso un importante cambio en el tratamiento de estas enfermedades, mejorando significativamente el pronóstico y evolución, siendo lo que más influyó en la aparición de esta etapa, y con ello en un cambio de modelo y objetivos en la atención. Así, en los años 60 y 70 en la mayor parte de los países desarrollados, y a lo largo de los 80 en España, se pone en marcha la denominada reforma psiquiátrica, que plantea la transformación de la atención en salud mental, organizada en un nuevo modelo de asistencia basado en la comunidad.
- Tercera, a la que la atención a la persona con enfermedad mental se dirige, en donde el objetivo es que la persona con esquizofrenia sea autónoma y tenga una suficiente calidad de vida que le permita alcanzar una vida plena, digna y segura en la comunidad, aunque sea con la toma de medicación y algunas limitaciones. Es decir, que el paciente logre alcanzar un nivel de autonomía suficiente para poder realizar las ac-



tividades de la vida diaria sin supervisión, tener un funcionamiento personal y social adecuado, alcanzar interacciones sociales suficientes, y sobre todo, con la recuperación de la dignidad y derechos que le son propios en su condición de persona. Es lo que se conoce con el concepto de “recuperación” y que aspira más a la restauración de funciones que a su estabilización. Es en este contexto en el que la rehabilitación psicosocial toma pleno sentido, y en el que se ha consolidado como un componente fundamental del tratamiento del paciente psiquiátrico.

En esta línea, se plantean en la actualidad tres etapas o fases en la atención a la personas con enfermedad mental grave y prolongada. Una primera en la que el objetivo es la remisión (o supresión de síntomas); una segunda en la que se pretende que la persona logre el mayor grado de autonomía posible; y una tercera que se dirige al objetivo de alcanzar la integración y participación social. La intervención clave de todo este proceso asistencial se encuentra en la segunda fase, y es la rehabilitación psicosocial, que se define como un conjunto de estrategias no farmacológicas dirigidas a que las personas con problemas psiquiátricos crónicos/prolongados, adquieran y/o recuperen aquellas habilidades que les permitan desenvolverse en su medio social de forma autónoma, con los menos apoyos posibles y con una mejora en su calidad de vida, lo cual se debe acompañar de un descenso en la intensidad de los síntomas. Por su complejidad deberá ser necesariamente realizada por un equipo multidisciplinar, y con un seguimiento a largo plazo que, por tanto, requerirá de una planificación y estrategia que se dirija hacia la recuperación de las habilidades perdidas y la potenciación de las capacidades que se mantienen, y todo ello con el propósito de permitir la adaptación de la persona con enfermedad mental a su entorno social.

Así, el objetivo general de la rehabilitación debe ser ayudar a que las personas con enfermedad mental desarrollen habilidades emocionales, sociales e intelectuales que les permitan vivir en la comunidad con el menor apoyo posible por parte de los profesionales, e involucrando a los miembros de la familia en el proceso de atención comunitaria. Por tanto, la rehabilitación psicosocial es mucho más que un conjunto de técnicas con un determinado fin: es una manera de considerar los problemas psicológicos y

sociales de las personas con enfermedad mental, donde la dimensión socio-ambiental tiene tanta importancia como la biológica y en la que el tratamiento de la discapacidad consecuente a estar enfermo, es tan importante como el control de los síntomas. En consecuencia, requerirá de una intervención profesional multidimensional, cualificada, innovadora y de alta especialización.

En conclusión, los principales objetivos de las intervenciones psicosociales son la reducción del impacto que tienen en la vida de la persona los síntomas positivos y negativos, el conocimiento de la enfermedad, la prevención de recaídas, la adherencia al tratamiento, mejorar las habilidades sociales y el afrontamiento de situaciones estresantes. Todos estos aspectos deberán ser considerados en todo momento en la elaboración de la estrategia rehabilitadora, la cual quedará plasmada en el Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR). Es por ello, que sin una adecuada conceptualización del significado y objetivos de la rehabilitación psicosocial o psiquiátrica resulte muy complejo poder poner en marcha un programa individualizado de intervención coherente y eficiente.

En consecuencia, el punto de partida de la rehabilitación es asumir que se dirige a una persona individual en el contexto de su situación ambiental, y por eso es imprescindible tener en cuenta, las circunstancias vitales reales a las que va a hacer frente el individuo y todos los elementos externos que pueden modular, mediatizar o impedir que se alcancen los objetivos propuestos. Es esta concepción de la rehabilitación, que exige la integración multidimensional, la que obliga a trazar un Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR), que tenga en cuenta de forma integral (comprehensiva) las especificidades personales y contextuales de cada persona con enfermedad mental grave y prolongada, y trate de adaptar las intervenciones psicosociales a las necesidades del paciente y objetivos terapéuticos que se pretendan alcanzar. En este sentido, ya hace tiempo se ha visto que las necesidades de individualización en el proceso de rehabilitación psicosocial correlaciona inversamente con las capacidades funcionales del usuario, su independencia para vivir solo, nivel educativo y un diagnóstico primario de trastorno afectivo, y positivamente asociado al diagnóstico de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos.

↑ 2. PIR. DEFINICIÓN Y PRINCIPIOS GENERALES

A partir de todos los principios y consideraciones anteriores relativas a la rehabilitación psicosocial, el Plan individualizado de Rehabilitación (PIR) constituye uno de los elementos más importantes (sino el de mayor relevancia) de la misma, al tratarse del instrumento que permite guiar la actividad rehabilitadora. Su fundamento está en la individualización de la terapia que debe adaptarse a las necesidades del usuario. El PIR es un contrato de intervención entre usuarios, familiares y profesionales, en el que se definen los objetivos de la intervención y la forma en que se van a llevar a cabo. Su aplicación ha mostrado utilidad y eficacia en la mejora de la calidad de vida de los usuarios, mejora la sintomatología global, y una reducción en la tasa de ingresos. Y en este sentido, el PIR es lo que diferencia una intervención estructurada dirigida a un fin, de la realización de actividades ocupacionales inconexas, más con fines de ocio que de recuperación, y que en definitiva diferencia la antigua laborterapia, de la rehabilitación psicosocial, que se sitúa fuera del ámbito de lo social, para adquirir un carácter claramente sanitario y terapéutico.

Para poder alcanzar los objetivos propuestos, la metodología de trabajo debe estar estructurada, ser flexible y dinámica, y tener en cuenta siempre que se trabaja desde un modelo de hipótesis de trabajo, lo que supone que debe estar sometido a evaluación, revisión y cambios en función de las necesidades del sujeto. El PIR va a guiar esa toma de decisiones, y a través de él se podrá saber qué es lo que hay que hacer y el motivo por el que se hace.

Para su elaboración, se considera que el punto de partida del PIR ha de ser una evaluación integral de la persona con enfermedad mental grave y prolongada, que podrá hacerse de muchos modos y con cualquiera de las escalas existentes, pero que como base sería la siguiente:

- Filiación y datos de derivación, como tratamiento, profesional y dispositivo que la deriva, y objetivos que plantea el derivador.
- Evaluación sociodemográfica y general: se fundamenta en el RAI-MH del que se recogen los ítems generales de esta escala de medición de

dependencia, y que constituye un inventario que recoge los datos mínimos sociosanitarios.

- Evaluación psicopatológica: en donde se aplica la PANSS que es el estándar en valoración psicopatológica.
- Valoración de las expectativas y la motivación del paciente y la familia ante el programa.
- Valoración cognitiva o neuropsicológica: se recomienda el protocolo MATRICS, o medidas equivalentes.
- Valoración de la adaptación funcional, en la que se puede emplear la DAS-S, la LSP que tiene la ventaja de estar validada en español, o la SFS (Social Functional Scale).
- Competencia personal y estrategias de afrontamiento, manejo de los estados emocionales. Se deben incluir también las actividades de ocio y tiempo libre.
- Valoración de la psicomotricidad y aficiones y capacidades deportivas.
- Evaluación de la dependencia, mediante la aplicación del BVD, que es el protocolo oficial de valoración de la dependencia.
- Evaluación del área social y familiar, incluye el núcleo de convivencia, red de apoyo social, nivel cultural, situación económica, historia laboral, etc.
- Y finalmente, se puede aplicar el Camberwell para la valoración de las necesidades de la persona con enfermedad mental grave y prolongada.

Toda esta información tarda en obtenerse varios días, dependiendo del grado de colaboración del paciente, y en ello participan profesionales muy distintos, como psiquiatras, psicólogos y neuropsicólogos, profesionales de enfermería, trabajadores sociales e incluso terapeutas ocupacionales.

↑ 3. PIR. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN

Una vez que el paciente está evaluado, se debe llevar el caso a la reunión de equipo. En nuestro servicio se efectúa una reunión de seguimiento semanal, en el que entre otras actividades se incluye la definición del Plan Individualizado de rehabilitación. Se recomienda, tal y como se aplica en nuestra área de



salud, que en la reunión semanal de rehabilitación participen tanto los profesionales del centro de rehabilitación psicosocial (rehabilitación ambulatoria) como los de la Unidad de rehabilitación hospitalaria (rehabilitación en el que el paciente está ingresado). Durante la misma, cada uno de los profesionales que ha participado y/o realizado en al menos una parte de la evaluación expone los resultados de las escalas o protocolos aplicados y las conclusiones ligadas a los mismos, lo que le permite efectuar unas primeras recomendaciones sobre las necesidades y objetivos de la rehabilitación. Hay que significar que la información dada por el evaluador debe contener no solo la información cuantitativa de resultados obtenidos, sino la cualitativa, observada durante el proceso valorativo, su impresión clínica general, y finalmente sus recomendaciones. Tras la exposición de todos los evaluadores, se efectúa una propuesta de plan individualizado de rehabilitación que trata de recoger todos los objetivos de la rehabilitación propuestos por cada uno de los evaluadores. Esto inicia la discusión sobre la conveniencia de los objetivos propuestos así como las prioridades de los mismos, y el momento de conseguirlos, a corto, medio o largo plazo. Así, y una vez logrado un consenso en los objetivos, se plasman por escrito para que puedan ser corroborados por todo el equipo, buscándose el consenso completo, priorizándose éste por encima de la imposición por jerarquías o por búsqueda de mayoría en el equipo. Posteriormente, y teniendo en cuenta el proceso de rehabilitación psicosocial, se hace la indicación de los programas a los que deberá ir el paciente, estableciendo un calendario de actividades y programas que se le hará llegar al paciente. En esta fase se trata de adecuar la disponibilidad de programas, la compatibilidad en su aplicación según horario asignado al paciente, y las necesidades y objetivos del mismo.

Se obtiene entonces el plan individualizado de rehabilitación por escrito, que deberá distribuirse entre todos los terapeutas, de modo que se identifiquen y compartan los objetivos, actividades y programas, y su distribución y organización. Este Plan individualizado de rehabilitación deberá figurar en la historia clínica de cada paciente y se efectuará un seguimiento del mismo y su aplicación en el tiempo. En términos generales, el PIR deberá ser el eje de la rehabilitación psicosocial e integración social de cada usuario, hasta que complete los objetivos del mismo.

En este sentido, el Plan individualizado de rehabilitación debe cumplir ciertas características básicas que se resumen a continuación:

- Debe basarse tanto en las dificultades de la persona como en sus capacidades.
- Debe adecuarse al contexto de la persona y a las expectativas de la misma.
- Debe implicarse al paciente y a la familia.
- Debe estar sujeto a continua revisión y cambio en función de las necesidades del sujeto, y dependiendo del cambio de su situación clínica y el haber logrado o no los objetivos propuestos, y que vendrán avalados por las evaluaciones realizadas.

E igualmente, debe contener al menos la siguiente información:

- Una evaluación funcional en las áreas cognitiva, habilidades psicosociales y de habilidades laborales, así como de los factores de estrés en su entorno.
- Definición y categorización de los problemas del usuario y modo de abordaje para la consecución de los objetivos.
- Delimitación clara de los objetivos: estableciéndose objetivos a corto, medio y largo plazo, teniendo en cuenta que deberán ser sean realistas, alcanzables y evaluables. Deben ser además, consensuados con el usuario.
- Plan estructurado, secuencial y delimitado en el tiempo: No se puede comenzar a trabajar con todos los objetivos desde el inicio, para la consecución de unos será necesaria la de otros primeramente y por tanto ordenarlos. Además, se debe delimitar temporalmente estableciéndose los pasos necesarios para alcanzar el objetivo final y metas parciales para conseguirlo.
- Programas a aplicar y la secuenciación de los mismos, así como la temporalidad en la que se desarrollarán y el momento en que se esperan conseguir cada uno de los objetivos previstos. Es decir, establecer las intervenciones a aplicar que deben estar asociadas a las habilidades que se desea que la persona aprenda, en el que se deberán tener en cuenta las variables del entorno que deben ser modificadas (recur-

... necesarios, familia, soportes...) expresadas en objetivos operativos y funcionales. Entre los programas y actividades que se deberán tener en cuenta destacan, entre otros, el de gestión de la sintomatología y del estrés, adherencia al tratamiento y manejo de la medicación, rehabilitación cognitiva, programas de psicomotricidad y ejercicios físicos de mantenimiento, actividades para la mejora de la conciencia de enfermedad e *insight* y su relación con la comunidad, programas de habilidades nutricionales, relajación, programas de habilidades sociales y de entrenamiento de la vida autónoma, encuentros grupales y de ocio en el que se debe poner especial relevancia a excursiones regulares, visitas domiciliarias y encuentros de fin de semana. Es decir, hay que considerar el proceso de atención como algo continuo, con avances y retrocesos, y cuyos objetivos generales serán alcanzar la autonomía personal y social.

- Expectativas del paciente y de la familia. Esto es importante puesto que no siempre las expectativas y objetivos del paciente respecto a la rehabilitación coinciden con los de su familia y/o el terapeuta.
- Cuándo y con qué criterios se llevará a cabo la evaluación. Que se dirigirá a valorar la consecución de objetivos, el desempeño adecuado de rol o los cambios en el nivel funcional, entre otras. En términos generales, la evaluación de la evolución del paciente y de los objetivos del PIR debe hacerse cada tres meses aproximadamente.
- Identificación de los recursos de apoyo que pueden contribuir a la mejora del plan, aunque no sean propios del servicio. Es decir, deben estar establecidos los materiales y recursos de la red de asistencia psiquiátrica y de servicios sociales que serán precisos para alcanzar los objetivos.

Una vez elaborado el PIR, debe presentarse al sujeto y a la familia, con el objetivo de que ambos participen en el mismo como parte activa, y que se consensue con el terapeuta. El paciente tiene derecho a conocer su plan de rehabilitación, y el poderlo consensuar con los profesionales facilita el que ambas partes se impliquen activamente en su aplicación, lo que aumentará la posibilidad de que se lleve a cabo con éxito.

Por otra parte, y para la aplicación del PIR, cada paciente deberá tener un tutor que deberá estar atento de su progreso y avances en el programa (asignación de caso). El tutor será el responsable de la coordinación para el paciente con el Equipo de salud mental y los Servicios sociales, dirigirá la aplicación del PIR y será el contacto con la familia.

Un aspecto muy importante tanto en la puesta en marcha como en el seguimiento del Plan individualizado de rehabilitación debe ser el liderazgo, que con frecuencia recae en el psiquiatra. El líder del proceso rehabilitador debe conocer todos los recursos del área; debe disponer de habilidades y capacidades de liderazgo tanto en el área clínica como en el de relaciones humanas y aspectos clínico/administrativos; y debe aceptar la responsabilidad de coordinar y dirigir el diseño de la primera propuesta del plan individualizado de rehabilitación, que sería el punto de partida del debate para su desarrollo definitivo.

↑ 4. APLICACIÓN DEL PIR. ASPECTOS BÁSICOS

Una vez elaborado el PIR se deberán aplicar los programas y estrategias diseñadas en el mismo, con el orden y frecuencia previamente establecidos.

En un primer momento es importante prestar atención al enganche, motivación e implicación de los usuarios en las intervenciones. Dicho proceso de motivación debe diseñarse individualmente para cada paciente. En cuanto a puntos a tener en cuenta en los entrenamientos e intervenciones que se realicen, hay que considerar los siguientes:

- Explicar con frecuencia el por qué de ese entrenamiento, anticiparle los beneficios y la conexión con los objetivos a medio y largo plazo. Ubicarlos constantemente y definir qué es lo que se hace y por qué.
- Cada entrenamiento requiere una evaluación continuada del mismo, con grabación y registro de sesiones, así como la revisión de objetivos cumplidos y previstos.
- Es importante saber las dificultades que los pacientes exponen respecto a la realización del entrenamiento concreto. Es conveniente discutirlo y llegar a acuerdos.



- Mostrar los progresos, dando a conocer los beneficios de los mismos.
- El tiempo de las sesiones debe ser suficiente, sin llegar a la fatiga.
- A veces es beneficioso, cambiar con más frecuencia de lo habitual la metodología de las sesiones de entrenamiento, variarlas.
- Entrenar a las personas más cercanas del paciente en su contexto, sobre todo para que le ofrezcan los refuerzos adecuados para el mantenimiento de los progresos.
- Reducir las sesiones de entrenamiento, siempre que sea viable, paulatinamente.
- En general, la secuenciación de aprendizaje adecuada es: mostrar primero la secuencia completa de la habilidad, luego entrenarla paso por paso, y al final volver a mostrar la secuencia completa.
- Aumentar progresivamente el retraso en el refuerzo y su intermitencia.
- Debe tratarse de generalizar la habilidad al contexto.

En la ejecución del PIR se hace preciso que exista una coordinación periódica y frecuente (máximo cada 15 días) entre los dispositivos de la red de asistencia psiquiátrica y de salud mental, y con los servicios sociales, ya que todos estos dispositivos deberán participar activamente en el seguimiento del paciente y promoción y mantenimiento de su autonomía personal y adaptación al entorno social.

Una vez cumplidos los objetivos de rehabilitación propuestos en la fase de intervención para un determinado paciente, se procederá a su paso a seguimiento, según los objetivos diseñados en el PIR para este momento. En ese momento, será especialmente importante la coordinación con los profesionales de la salud mental y de los servicios sociales, procediéndose con una metodología similar a la desarrollada con el PIR, a la propuesta del Plan Individualizado de Apoyos/Autonomía (PIA) que constituirá el elemento clave sobre el que se desarrolle el seguimiento de cada usuario del sistema.

RECOMENDACIONES CLAVE

El fundamento del Plan individualizado de rehabilitación es una evaluación integral del usuario y su contexto, y un buen trabajo en equipo multidisciplinar.

El Plan individualizado de rehabilitación constituye el eje sobre el que gira la rehabilitación y debe ser consensuado con profesionales, usuario y familia.

El PIR debe contener al menos los objetivos, su secuenciación, las estrategias terapéuticas, y el modelo de evaluación.

5. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Junta de Castilla y León. Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León. Valladolid: Juan de Castilla y León. 2003.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de I. Ps. en T.M.G. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/05.

Imsero. Modelo de Centro de rehabilitación psicosocial. Ministerio de Educación PSyD, editor. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). 2007.

Rodríguez González A. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Ed. Pirámide.1997.

Rojo E, Tabarés R, Manual práctico de cognición en la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Barcelona: Ed. Ars Medica. 2007.

6. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Grupo de trabajo de la GPC sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. N°2006/05-2.

Kern RS, Glynn SM, Horan WP, Marder SR. Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2009;35(2):347-61.

National Mental Health Development Unit (NMH DU). Work, Recovery and Inclusion: Employment support for people in contact with secondary care mental health services. Best Practice Guidance HM Government. 2009.

New Freedom Commission on Mental Health. Final Report 1/092009. Available from: www.mentalhealthcommission.gov/reports/Finalreport/FullReport.htm.

Servicio Murciano de Salud. Departamento de Salud Mental. Guía de prácticas Clínica para el tratamiento de la esquizofrenia. Murcia: Consejería de Sanidad Murcia (Comunidad Autónoma). 2009.





103. LOS DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN



Autores: Anna Mont Canela y Miguel Blasco Mas
Tutor: Germán Gómez Bernal
Hospital Obispo Polanco. Teruel

CONCEPTOS ESENCIALES

La rehabilitación de las personas con TMG requiere recursos diseñados y específicos para lograr la estabilidad personal, familiar y laboral, donde los Centros de Salud Mental son el eje central de este tratamiento

El objetivo principal de estos programas es facilitar la integración de las personas con TMS en la comunidad, promoviendo una vida lo más autónoma posible.

1. INTRODUCCIÓN

La rehabilitación psicosocial se define como el conjunto de intervenciones y apoyos que ayudan a los pacientes con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad, mejorando su funcionamiento personal y social, y adquiriendo capacidades y habilidades necesarias que permitan la convivencia en su entorno de la forma más autónoma, digna e independiente posible. La rehabilitación opera en todas las áreas de la vida: alojamiento, estudios, trabajo, relaciones familiares y sociales...

↑ Los diferentes recursos que forman la atención comunitaria tienen funciones diferentes pero complementarias. La organización de un sistema organizado y coordinado es básico para la atención integral de los pacientes, debe constar de un eje central de tratamiento formado por las unidades de salud mental y además una variada red de recursos específicos que cubran las diferentes necesidades de los pacientes y sirvan de apoyo a los servicios de salud mental.

La reforma psiquiátrica se inicia en España con la Ley General de Sanidad de 1986 con el "Informe de la comisión Ministerial de Reforma Psiquiátrica" (Ministerio de Sanidad y Consumo) donde se deli-

mitan los principios generales para el proceso de transformación de la atención psiquiátrica, así como las recomendaciones para el desarrollo del nuevo modelo de salud mental.

Es un proceso de cambio que plantea la integración de la psiquiatría y la atención a la salud mental en el sistema sanitario general. La reforma está centrada básicamente en dos programas complementarios: la desinstitucionalización de los pacientes ingresados en hospitales psiquiátricos con la posterior reinserción en la sociedad, y la rehabilitación de pacientes que viven en la comunidad con bajo nivel de autonomía y dificultades de adaptación social.

La reforma psiquiátrica ha traído como consecuencia la importancia de desarrollar una red coordinada de recursos, servicios, programas y personas que puedan dar respuesta a las diferentes necesidades de los enfermos mentales (facilitar su reinserción o mantenimiento en la sociedad, aportar una atención integral y adecuada, atención a los problemas psicosociales...). Es decir, tener en cuenta tanto la prevención, como la atención o la posterior rehabilitación de los pacientes.

Dentro del sistema comunitario integral se incluyen los siguientes ámbitos (Stroul, 1989): identificación



y captación de los enfermos con patología crónica, atención y tratamiento de salud mental de forma ambulatorio u hospitalaria dependiendo de la clínica, alojamiento y atención residencial, apoyo económico, social, educación y apoyo a las familias, rehabilitación psicosocial, rehabilitación laboral y apoyo a la inserción en el mercado de trabajo y protección legal y defensa de sus derechos.

Aunque ya se ha iniciado la reforma psiquiátrica, aún queda bastante trabajo que realizar antes de poder afirmar que disponemos de un sistema comunitario integral que permita la atención integral, reinserción e integración en la comunidad de estos pacientes y de sus familias.

2. DESCRIPCIÓN DE LOS RECURSOS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

2.1. PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN EN LOS CSM

↑ La rehabilitación de las personas con TMG requiere recursos diseñados y específicos para lograr la estabilidad personal, familiar y laboral, donde los centros de salud mental son el eje central de este tratamiento.

Los CSM, mediante los programas de rehabilitación y seguimiento, son un recurso especializado dirigido a las personas con trastorno mental grave que precisen apoyo psicosocial mantenido, específico y en los que no son suficientes los tratamientos habituales.

El objetivo principal de estos programas es facilitar la integración de las personas con TMS en la comunidad, promoviendo una vida lo más autónoma posible.

Como objetivos específicos encontramos: identificar la población con TMG y sus necesidades, favorecer la autonomía del paciente y coordinar los diferentes recursos necesarios para dar una atención integral y continuada a los pacientes.

↑ Son los propios profesionales de los servicios de salud mental quienes derivan a los pacientes al programa de rehabilitación y seguimiento si lo consideran adecuado. Una vez aceptado el paciente, se elabora un programa individualizado de tratamiento y

seguimiento y se supervisan las diferentes fases del tratamiento mediante la coordinación con los distintos dispositivos que intervengan en el tratamiento, dicha coordinación la realizará la persona designada para supervisar la totalidad de cada caso en concreto. Finalmente, no podemos olvidar el apoyo y educación de los acompañantes durante el proceso de rehabilitación.

2.2. TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO

Con el proceso de desinstitucionalización y tras el cierre de los hospitales psiquiátricos apareció un grupo de población en el que no era suficiente los recursos disponibles hasta ese momento. Es entonces, hacia los años 70, cuando se desarrollan los programas de tratamiento asertivo comunitario (Max, Test, Stein).

Los programas de tratamiento asertivo comunitario coordinan y organizan la atención integral y continuada de los pacientes con TMG con un grado mayor de deterioro, quienes presentan más dificultades para utilizar los recursos de salud mental.

↗ El objetivo es reinsertarlos en la comunidad, cubriendo las necesidades básicas de cualquier individuo (alimentación, alojamiento, atención médica general, acceso a recursos materiales elementales), enseñándoles habilidades de adaptación para responder a las demandas de la vida comunitaria (transporte público, manejo del dinero), favoreciendo la motivación y la autonomía del paciente. El programa también debe ser asertivo, evitando en todo lo posible los abandonos e incluye los tratamientos farmacológicos y las intervenciones clínicas necesarias. Funcionan los 7 días de la semana, 24 horas al día, la mayor parte del tiempo fuera de los despachos.

↑ Para ello, es necesario la coordinación de los distintos técnicos y profesionales, que se articulan en una red de servicios integrada. Se trata de un tratamiento multidisciplinar (incluye trabajadores sociales, enfermeros, monitores, psicólogos, psiquiatras, etc..) y todos los miembros del equipo comparten la responsabilidad sobre el paciente, ya que la relación se establece entre el equipo y el paciente (y no entre un profesional y el paciente), el tratamiento asertivo comunitario enfatiza el trabajo en equipo y la corresponsabilidad.

2.3. EL PAPEL DE LOS HOSPITALES DE DÍA EN LA RED DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y SU DIFERENCIA CON LOS CRP O CENTROS DE DÍA

El hospital de día se define como un dispositivo sanitario específico que permite un tratamiento intensivo, durante un período de tiempo determinado para cada paciente, en régimen de hospitalización parcial, sin aislamiento familiar ni social.

Este dispositivo está destinado a pacientes que presenten un estado clínico agudo o subagudo, en el que sea necesario prestar tratamientos intensivos con el objetivo de obtener una mejoría clínica, reducir los síntomas y conseguir una remisión parcial o total de la misma, así como actuar sobre las secuelas y posibles consecuencias sociales, buscar un aumento en la calidad de vida, disminuir el número de recaídas y reingresos, prevenir el deterioro y obtener una mejoría en el funcionamiento familiar y social. También está destinado a pacientes con el objetivo de determinar su diagnóstico o como continuidad terapéutica tras un período de hospitalización total, es decir un lugar de transición entre la hospitalización total y la integración en la comunidad.

Las indicaciones para ingresar en hospital de días son: trastornos esquizofrénicos que no presenten un deterioro defectual importante, trastornos graves de la personalidad, neurosis graves, ciertos trastornos afectivos y trastornos de la alimentación. Es necesario que los pacientes que ingresen en hospital de día tengan una cobertura familiar y social que garantice sus cuidados y su alojamiento en las horas que no permanezcan en el hospital, con capacidad de desplazarse hasta el hospital, compromiso por su parte de colaboración con el programa terapéutico, que no presenten alteraciones de conducta gravemente disruptivas ni riesgo de suicidio que requiera un ingreso a tiempo completo.

A parte del "ambiente terapéutico" del hospital de día *per se*, éste está dispuesto de un gran número de actividades terapéuticas que favorezcan el tratamiento intensivo de los pacientes: tratamiento psicofarmacológico, grupos comunitarios, ergoterapia, psicomotricidad, psicoterapias individuales, entrevistas familiares y grupos de psicoterapia multifamiliar.

El equipo está formado por psiquiatras, psicólogos, enfermera, trabajadores sociales y terapeutas ocupa-

cionales. La asistencia será 6 ó 7 horas diarias al día, de lunes a viernes. En periodos evolutivos posteriores se reducirá el tiempo asistencial y finalmente, tras la consecución de los objetivos previstos o cuando se considere que puede beneficiarse más de otro dispositivo se procederá al alta y derivación a CSM.

↑ A diferencia de los hospitales de día (dirigidos a pacientes con patología aguda o subaguda), los centros de día van dirigidos a enfermos con patología crónica con el objetivo principal de una actividad psicoterapéutica rehabilitadora, si bien estos pueden servir como dispositivos puente desde los que se pueden derivar pacientes susceptibles a centros de rehabilitación.

2.4. CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS)

Un CRPS es un recurso específico destinado a la atención de pacientes con trastorno mental grave y crónico, con dificultades para su desenvolvimiento psicosocial y adecuada integración en la comunidad.

En un CRPS se ofrece a los pacientes programas de rehabilitación psicosocial, además de realizar funciones de apoyo y soporte social (que son las propias del centro de día), dirigidos a la optimización de sus capacidades, con el objetivo de facilitar y consolidar, tanto la propia autonomía personal, como su reinserción integral en la sociedad, y especialmente en su medio habitual, familiar y comunitario.

Esta dirigido a población entre 18 y 65 años con enfermedad mental severa y crónica, en una situación psicopatológica estable, sin comportamientos conflictivos ni dependencia grave a tóxicos, pero que debido a su enfermedad sufren un deterioro personal y/o de sus relaciones, que dificulta su integración social.

Siempre será el facultativo de referencia del paciente, quien a la vista de su indicación, elabore un informe desde la unidad de salud mental solicitando su ingreso en este recurso.

Con cada usuario se realiza un estudio psicosocial, atendiendo a sus características, problemas y necesidades concretas, así como un estudio de su



medio habitual (familia, comunidad,) elaborándose un plan de rehabilitación individual que contempla la consecución progresiva de metas encaminadas a la rehabilitación de ese paciente. incluirá múltiples actividades e intervenciones, individuales y grupales que se realizarán en el propio centro o en escenarios reales de la vida comunitaria; además es esencial compaginar una efectiva intervención en la comunidad que prepare y consolide su inserción en la misma, por lo que habrá que seguir realizando dos funciones fundamentales, propias del centro de día:

- Seguimiento y soporte social del paciente: mediante el trabajo coordinado con los servicios de salud mental, los servicios sociales y aquellas otras instancias que fueran necesarias para ofrecer al usuario el apoyo y soporte social que requiera para consolidar su nivel de desenvolvimiento psicosocial e integración en la comunidad.
- Apoyo a las familias: instruyendo, asesorando y apoyando a las familias en el manejo del familiar enfermo e impulsando la autoayuda y el asociacionismo.

2.5. UNIDADES DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA

Las unidades de rehabilitación hospitalaria son un recurso del sistema de salud mental, de características hospitalarias, cuya finalidad es el tratamiento, rehabilitación y contención de pacientes afectados de diversas patologías mentales, que por su gravedad y dificultad de adaptación al entorno, son candidatos a beneficiarse de programas de rehabilitación más largos y específicos que los ofrecidos en otros dispositivos de salud mental.

Los usuarios beneficiarios de estos centros serán pacientes con patología mental grave y crónica, cuyo tratamiento idóneo excede de las posibilidades de tratamiento ofrecido por los servicios ambulatorios, requiriendo una atención más próxima e intensiva, que consistirá en un internamiento más prolongado, durante el cual se realizara una intervención individualizada y global: biológica, psicofarmacológica, psicoterapéutica, rehabilitadora y psicosocial, además de una atención sanitaria general.

El ingreso en la unidad de rehabilitación hospitalaria será siempre programado, y propuesto por

los servicios de salud mental, con los que deberá existir posteriormente una total coordinación en el seguimiento y consecución de las metas propuestas en el programa de rehabilitación individualizada del paciente ingresado.

Objetivos:

- Rehabilitación del déficit.
- seguimiento y cumplimiento de los objetivos propuestos en el plan individualizado de rehabilitación para el paciente realizado a su ingreso.
- Coordinación con los servicios sociales de origen del paciente para optimizar las condiciones vitales del mismo.
- Adecuación del entorno social y familiar del paciente de modo que favorezca su reintegración en el mismo tras el alta.

2.6. REHABILITACIÓN LABORAL

El colectivo de personas con trastorno mental grave es uno de los más marginados y desprotegidos socialmente, y por ende, un de los que más intensamente sufre la dificultad de integración en el mundo laboral. Esta dificultad surge tanto de las peculiares características propias de este grupo, como de la incompreensión y la desconfianza que nace del desconocimiento de ésta realidad por parte de muchos potenciales empleadores.

Las circunstancias que propician tal adversidad son muy diversas, desde la carencia de recursos socio-comunitarios adecuados para la preparación o rehabilitación laboral de éste segmento de la población, hasta el prejuicio existente hacia él mismo por motivo de su enfermedad. Por todo ello, será una difícil labor, pero un deseable objetivo, el armonizar el desarrollo de programas de capacitación y rehabilitación laboral en estos pacientes, con el fomento de las fórmulas que permitan la integración o reinserción de los mismos en el mundo laboral productivo, y que ello se de en las condiciones de mayor normalización posible.

La integración laboral de las personas con trastorno mental severo (TMS), será pues una tarea que requerirá la acción coordinada de los centros de salud mental y los centros de rehabilitación psicosocial y laboral, para llevar a cabo programas eficientes de

capacitación laboral, que deberán además contar con un adecuado apoyo social que ampare el trabajo desarrollado en estos recursos, y propicie el éxito de sus objetivos.

2.6.1. Centros de rehabilitación laboral (CRL)

Son un dispositivo cuyo objetivo es la rehabilitación y reinserción laboral de personas con trastorno mental severo, de modo que estas puedan integrarse en el mundo laboral de la forma más normalizada posible.

Objetivos:

- Capacitación laboral de los usuarios, favoreciendo además el óptimo desarrollo de sus propias capacidades, y dotándolos de habilidades sociales, que faciliten su acceso y permanencia en el mundo laboral.
- Promoción del empleo, facilitando el acceso de los usuarios al mercado laboral ordinario, al empleo protegido (centros especiales de empleo, empresas sociales), o bien al empleo autogestionado.
- Procurar la involucración de empresas, instituciones y sociedad en general en el objetivo de lograr la reinserción laboral los pacientes.

Usuarios:

Serán pacientes entre 18 y 45 años, con un trastorno mental severo, en situación de estabilidad psicopatológica, y con un adecuado nivel de autonomía personal y social, que se encuentran motivados para trabajar y en condiciones legales para hacerlo.

Los pacientes candidatos, serán derivados siempre con un informe, desde los servicios de salud mental.

Actividad en un CRL

Como se ha dicho, el objetivo prioritario de estos centros son la orientación y capacitación laboral de los pacientes, para lograr una integración lo más normalizada y permanente posible de los mismos en el mundo laboral.

El proceso de preparación para lograr una integración laboral adecuada, se estructura en los CRL en diferentes fases de carácter general, como: evaluación, programación de un plan de rehabilitación, in-

tervención, evaluación de los resultados del plan de intervención y seguimiento. En cada una de estas fases se desarrollaran una serie de actividades. Este esquema general de actividades satisfará la mayor parte de las necesidades de los usuarios, sin embargo, dentro de del mismo se diseñará un itinerario personalizado o plan individualizado de rehabilitación que responda más íntimamente a las cualidades y características propias de cada individuo.

Las actividades que se realizan en estas fases del programa sucintamente son:

- Evaluación de la vocación y la capacidad laboral del individuo.
- Orientación vocacional y laboral de acuerdo a sus potencialidades.
- Diseño de un plan individualizado de rehabilitación.
- Formación profesional
- Entrenamiento en hábitos y habilidades del mundo del trabajo.
- Preparación en habilidades en la búsqueda de empleo.
- Apoyo en la integración laboral y en el mantenimiento del empleo.

Estas actividades se llevarán a cabo, dependiendo de su naturaleza, tanto en el propio CRL, como en otros recursos ya existentes en la comunidad, como centros de formación profesional, cursos del INEM, Escuelas Profesionales, etc, siendo estos últimos preferidos en el capítulo de formación profesional, por su carácter normalizado, mientras que otras actividades, como el entrenamiento en actitudes y habilidades del mundo laboral, será preferible llevarlas a cabo en el CRL.

Desde el CRL se fomentara y apoyará en todo momento el proceso de formación e integración laboral de los usuarios, realizándose labores de mediación y coordinación con el mercado laboral, tanto para conocer las necesidades de éste, como para ofrecer al mismo los servicios laborales de los pacientes, haciendo conocer a los empresarios no solo la competencia profesional de aquellos, sino también las ventajas y exenciones fiscales que supone para ellos la contratación de personas de este colectivo.



3. RECURSOS COMUNITARIOS DE APOYO

Los procesos de rehabilitación y reinserción social de los individuos con trastorno mental severo suponen la puesta en marcha de una compleja red de recursos sociales, que debe además adaptarse de forma individualizada a las necesidades particulares de cada uno de los usuarios.

Estos procesos implican la necesidad de una vivienda, utilización de medios de transporte, sostenimiento de centros dedicados a la realización de actividades rehabilitadoras, utilización de materiales y otras actividades y circunstancias, que de este modo generan un importante gasto económico que la sociedad debe afrontar.

Resulta terapéutico el hecho de que el usuario sea capaz de sufragar los gastos que genera su propia rehabilitación, sin embargo algunas de estas personas no disponen del nivel adecuado de ingresos para hacer frente a los mismos, por lo que debiera idealmente de disponerse de un sistema social de recursos económicos suficiente que permitiera a estos pacientes hacerse cargo económicamente, y a título personal de su propia rehabilitación.

El modelo de atención adoptado para la rehabilitación de los pacientes con trastorno mental severo contempla la utilización de todos los recursos existentes disponibles; tanto los ofrecidos por el sistema nacional de salud (CRP, centros de día, unidades de rehabilitación hospitalaria, centros residenciales alternativos, etc.) como aquellos otros centros normalizados no pertenecientes a la red asistencial, pero cuya utilización por los usuarios resulte favorable para su adecuado funcionamiento psicosocial.

4. RECURSOS SOCIALES DE APOYO

Otros recursos disponibles no dependientes directamente del sistema asistencial, pero que facilitan la integración social de los usuarios son:

- Agencias tutelares de adultos.

El motivo de ser de estas entidades es la protección de las personas incapaces de administrar sus propiedades y vidas por sí mismas, con el objeto de evitar el desamparo de las mismas, apoyándolas y promoviendo su integración normalizada en la sociedad. Para lograr estos objetivos debe existir una íntima colaboración entre estas entidades y los recursos de tratamiento y rehabilitación.

- Clubes Sociales.

Son recursos sociales promovidos desde distintos ámbitos (servicios públicos, asociaciones familiares, iniciativa privada, etc) con el objeto de ofrecer apoyo a los pacientes con trastorno mental grave facilitando su integración en ambientes sociales normalizados.

En estos centros se realizarán actividades recreativas y de ocio que resulten de interés común, y los usuarios deberán ser personas mayores de 18 años cuyo trastorno mental severo no impida una convivencia correcta y fluida entre los usuarios.

- Otros recursos sociales normalizados.

El objetivo fundamental de la red sanitaria asistencial no es el de atender todas las necesidades que los usuarios con trastorno mental severo puedan presentar, sino el de entrenar a estos, con el propósito de ponerlos en disposición de satisfacer dichas necesidades, haciendo de ellos personas autónomas y capaces de acceder a los recursos sociales normalizados existentes y hacer un uso adecuado de los mismos.

Existe una amplia gama de recursos sociales normalizados y susceptibles de ser utilizados por los usuarios con trastorno mental severo y que van desde asociaciones culturales, hasta clubes excursionistas, coleccionistas o artísticos, pasando por diferentes tipos de asociaciones, círculos, entidades o agrupaciones con intereses concretos y en los que estos pacientes pueden integrarse para dar satisfacción a sus necesidades o preferencias particulares.

RECOMENDACIONES CLAVE

El trabajo en rehabilitación exige de los profesionales paciencia, siendo necesario valorar pequeños logros que se van obteniendo en periodos largos de tiempo.

La rehabilitación psicosocial es un campo multidisciplinar en el que es necesario coordinarse con gran cantidad de profesionales: enfermería, psicología, trabajo social, terapia ocupacional, etc. Sin esta colaboración y sin trabajo en equipo, el fracaso está garantizado.

5. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Grupo de trabajo de la AEN de rehabilitación psicosocial. Rehabilitación psicosocial del TMS. Situación actual y recomendaciones. Cuadernos técnicos 2. Madrid: Ed. AEN. 2002.

Corrigan PW et al. Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation. New York: Ed. The Guilford press. 2008.

Lieberman RP. Recovery from Disability: Manual of Psychiatric Rehabilitation. Washington D.C: Ed. American Psychiatric Publishing. 2008.

Rebolledo. Rehabilitación psiquiátrica. Santiago de Compostela: Ed. USC. 1997.

Rodríguez A. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Ed. Pirámide.1997.

6. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Wahl O. Media madness: Public images of mental illness. New Brunswick, NJ: Ed. Rutgers University Press. 1995.

Tessler R et al. Family experiences with mental illness. Westport, CT: Ed. Auburn House. 2000.

Lamb H. The mental ill in an urban country jail. Archives of General Psychiatry. 1982; 39:17-12.

Baronet A. Psychiatric rehabilitation: Efficacy of four models. Clin Psychol Rev. 1998 Mar;18(2):189-228. Review.

Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. Am Psychol. 2004 Oct;59(7):614-25.





104. ASPECTOS ÉTICOS Y MÉDICO-LEGALES



Autoras: Berta Cejas Pascual y Leticia Muñoz García-Largo
Tutora: Eudoxia Gay Pamos
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

CONCEPTOS ESENCIALES

Rehabilitación.
Autonomía del paciente.
Consentimiento Informado.
Internamiento involuntario.
Incapacitación.

1. INTRODUCCIÓN

La articulación y regulación del Sistema Nacional de Salud por medio de la Ley General de Sanidad y la descentralización del Estado con la progresiva transferencia de las competencias en sanidad a las Comunidades Autónomas constituyen el punto de partida y el marco que han permitido el desarrollo de la atención a la salud mental en las últimas décadas.

Los trastornos mentales actualmente y gracias a la reforma psiquiátrica, iniciada en el siglo XX, ya no se considera una lacra social que requiera una marginación y estigmatización, sino como una enfermedad y, como tal requiere un abordaje médico, psicológico y social. De esta manera se ha producido el cierre de las grandes instituciones, y las personas con trastorno mental grave que vivían entre muros, ahora lo hacen en sus hogares familiares o en residencias, y con ello sus necesidades se han ido acercando progresivamente a la normalidad, ajustándose al conjunto de necesidades de la población sana: necesidad de educación, trabajo, relaciones sociales, recibir un tratamiento adecuado y rehabilitador. De esta forma se da origen al modelo comunitario de atención a la enfermedad mental, considerando que el marco

idóneo para el tratamiento de los trastornos mentales no es una institución cerrada, sino la comunidad. Los principios básicos de dicho modelo son: autonomía, continuidad, accesibilidad, comprensividad, equidad, recuperación personal, responsabilización y calidad.

A continuación se tratarán los temas que consideramos más importantes dentro de los aspectos éticos y legales en salud mental.

➔ 2. PLAN DE ACCIÓN EN SALUD MENTAL DE HELSINKI

La Conferencia Ministerial de la OMS para salud mental (Helsinki, 12-15 Enero 2005), reconoce que la salud mental es fundamental para la calidad de vida y productividad de las personas, la familia, la comunidad y los países. En dicha conferencia se ha elaborado un "Plan de Acción en Salud Mental para Europa", que se divide en los siguientes apartados:

- Promover bienestar mental para todos: desarrollando estrategias de promoción de la salud mental dentro de las políticas de salud.
- Demostrar la importancia central de la salud mental para conseguir una buena salud pública.



- Rechazar el estigma y la discriminación: proteger los derechos humanos de las personas que sufren una enfermedad mental, establecer medios laborales que den oportunidades de empleo, según sus capacidades, a las personas con un problema de salud mental.
- Promover actividades de sensibilización en las etapas vulnerables de la vida: Niños y ancianos son prioritarios en la promoción y prevención de la salud mental. También se ha de prestar atención a los grupos marginales, incluidos los emigrantes.
- Prevenir los problemas de salud mental y el suicidio.
- Asegurar el acceso adecuado a la atención primaria de salud de los problemas de salud mental.
- Ofrecer cuidados efectivos en servicios comunitarios para personas con problemas severos de salud mental: implementar servicios especializados comunitarios accesibles las 24 horas al día, 7 días a la semana, con profesionales multidisciplinarios para el cuidados de enfermedades severas como esquizofrenia, desórdenes bipolares, depresión severa o demencia, proveer asistencia en crisis, desarrollar servicios de rehabilitación para la inclusión social. No hay lugar, en el siglo XXI para tratamientos y cuidados en instituciones cerradas.
- Establecer coordinación entre sectores.
- Crear competentes y suficientes profesionales.
- Establecer buena información en salud mental.
- Proveer fondos equitativos y adecuados.
- Evaluar la efectividad y generar nuevas evidencias.

↑3. LEY 41/2002 DE 14 DE NOVIEMBRE

Ley Básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de documentación clínica. Veamos a continuación algunos de sus artículos:

En su artículo 2 señala que la dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la

información y documentación clínica. El apartado 2 del mismo artículo añade que toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios, consentimiento que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, y que se hará por escrito en los supuestos que marca la ley marca. También señala que el paciente tiene derecho a negarse al tratamiento excepto en casos concretos.

↑4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Ley 41/2002, define en su artículo 3 el consentimiento informado como: la conformidad libre voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta su salud.

En el artículo 8, apartado 1 de dicha ley se señala que: toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que recibida la información prevista en el artículo 4 (información verdadera, comprensible y adecuada a sus necesidades) haya valorado las opciones propias del caso. El apartado 2 del mismo artículo expresa que el consentimiento será verbal por regla general, excepto en los siguientes casos: Intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. En el apartado 4 habla sobre el derecho del paciente a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar su historia clínica con fines docentes o de investigación sin que ello suponga riesgos adicionales. Por último el artículo 5 señala que el paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

En cuanto a los límites del consentimiento informado, el artículo 9 del mencionado texto legal señala que la renuncia del paciente a recibir información estará limitada por: el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad o por las exigencias terapéuticas del caso, y que no será necesario el consentimiento informado en las siguientes situaciones:

- Riesgo para la salud pública.
- Riesgo inmediato y grave para la integridad psíquica o física del enfermo y no es posible conseguir su autorización. En ese caso se debe consultar con los familiares o las personas vinculadas de hecho con él, siempre que las circunstancias lo permitan.

Con respecto al llamado Consentimiento por representación, indica que éste será otorgado en los siguientes casos:

- Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones según criterio del médico responsable debiendo entonces hacerlo el representante legal o en su defecto la familia o las personas vinculadas de hecho, cuando esté incapacitado legalmente.
- Cuando sea menor de edad y no esté capacitado intelectual ni emocionalmente para comprender el alcance de la intervención, dando el consentimiento el representante legal después de haber escuchado la opinión del menor si éste tiene doce años cumplidos.
- Si el menor tiene más de 16 años cumplidos o está emancipado, el consentimiento lo dará él y si la actuación médica entraña grave riesgo los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta.

El artículo 10 de la Ley 41/2002 muestra la información básica que hay que proporcionar al paciente para que este pueda otorgar su consentimiento, y es la siguiente: consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad, riesgos relacionados con circunstancias personales o profesionales del paciente, riesgos probables conforme a la experiencia o al estado de la ciencia que puede originar la intervención y las contraindicaciones.

5. HISTORIA CLÍNICA

Según el ordenamiento jurídico se denomina historia clínica al conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y demás profesionales que han intervenido, con el fin de obtener la máxima integración posible de la documentación del paciente. Cada centro las archivará garantizando su seguridad,

conservación y recuperación. Es obligación de los centros conservarlas un mínimo de 5 años.

Según el artículo 16 de la Ley 41/2002 el destino fundamental de la historia clínica es garantizar una asistencia adecuada. Según el marco jurídico actual, tienen derecho a la historia clínica las siguientes personas:

- El paciente (con excepción de los datos de terceras personas y las anotaciones subjetivas del médico).
- Todo familiar o persona vinculada a él (siempre que el paciente no lo haya prohibido y tendrá las mismas limitaciones que éste).
- Los profesionales del centro que asisten al enfermo.
- La autoridad judicial.
- El personal de gestión y administración (sólo a aquellos datos relacionados con sus funciones).
- Los inspectores médicos.

6. EL SECRETO PROFESIONAL

El actual Código Penal, en su artículo 199.1 indica: el que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales, será castigado con la pena de prisión de 1 a 3 años y multa de 6 a 12 meses. En el punto 2 del mismo artículo se añade: El profesional que con incumplimiento de su obligación de sigilo, divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de prisión de 1 a 4 años, multa de 12 a 24 meses e inhabilitación especial para dicha profesión de 2 a 6 años.

Las excepciones a la obligación del secreto son las siguientes:

- Cuando se tiene conocimiento de la existencia de un delito.
- Cuando estemos en presencia de una enfermedad infecto-contagiosa recogida en los listados de enfermedades de declaración obligatoria y exista riesgo grave para terceras personas o para la salud pública.



- Cuando se declara como imputado, testigo o perito.
- Al expedir certificados.
- Al declarar en la comisión deontológica del colegio de médicos.
- En los informes a otro compañero.

↑ 7. INTERNAMIENTO PSIQUIÁTRICO INVOLUNTARIO

Se trata de una de las medidas coercitivas que más presión y responsabilidad generan en el médico psiquiatra. El psiquiatra asume la doble función de valorar por un lado la gravedad del proceso que sufre el paciente, pero por otro debe garantizar la protección del mismo y de su entorno. Recientemente la Recomendación R (2004) 10 del Consejo de Europa estipula como criterios para el ingreso involuntario los siguientes (Art. 17.1): A) el padecimiento de un trastorno mental. B) la concurrencia en la persona afectada de tal padecimiento de un riesgo significativo de daño para sí o para otros. C) la existencia de una propuesta terapéutica para el ingreso. D) la inexistencia de alternativas menos restrictivas. E) la toma en consideración del sujeto afectado.

Las legislaciones que lo atañen han sido diferentes según los países. En nuestro país, con la llegada de la Constitución en 1978, el internamiento psiquiátrico sufre una importante reforma al quedar regulado por el artículo 211 de la Ley 13/83 de reforma parcial del Código Civil en Materia de Tutelas, en la que a su vez se deroga el Real Decreto de 3 de Julio de 1931 que atribuía al ingreso psiquiátrico involuntario una cualidad protectora del orden público frente a la peligrosidad del enfermo mental.

En la actualidad, el artículo 211 del Código Civil ha quedado derogado por el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000 de 7 de enero (BOE Nº 7), donde se refleja la finalidad tratamental y rehabilitadora que tiene el internamiento en nuestro ordenamiento jurídico. En este artículo se regula todo lo referente al "Internamiento no voluntario por trastorno psíquico":

- El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autoriza-

ción judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.

La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.

En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la presente Ley.

- El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.
- Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oír a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley.

En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.

- En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los fa-

cultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente.

Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior.

Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento.

Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.

Con respecto al internamiento psiquiátrico es importante matizar la diferencia existente entre una orden y una autorización judicial. La orden de internamiento sólo sería adecuada cuando la enfermedad mental sobreviene estando el sujeto en prisión cumpliendo condena, o bien cuando se aplica una eximente y la privación de libertad que le hubiese correspondido se transforma en un ingreso psiquiátrico. En el resto de casos lo que hay es una autorización de internamiento, siendo siempre decisión médica la duración del mismo.

Otro aspecto a destacar es la participación y ayuda de las fuerzas de seguridad en la realización del ingreso. Siempre que exista una alteración del orden o riesgo para la vida de la persona o de terceros, los miembros de los cuerpos y las fuerzas de seguridad tanto del estado como del municipio o autonomía, tienen la obligación de ayudar a la contención física y traslado del enfermo. Su negativa constituiría un Delito de Denegación de Auxilio (Art. 412 del Código Penal) y de Omisión del Deber de Socorro (Art. 195 del Código Penal).

↑ 8. INCAPACITACIÓN POR CAUSA PSIQUIÁTRICA

Tradicionalmente, en el Derecho español se han distinguido dos formas de la capacidad. A una se

le llama capacidad jurídica, a la otra, capacidad de obrar. Se denomina capacidad jurídica a la aptitud que tiene la persona para ser titular de derechos y obligaciones. La capacidad jurídica la tienen todos los seres humanos por el mero hecho de serlo y es inmodificable. Lo que sí que puede verse restringida en virtud de sentencia judicial y según el Art. 199 del Código Civil es la capacidad de obrar, que es la aptitud o idoneidad para realizar actos jurídicos. Ésta última no existe en todos los hombres; sino que puede faltar totalmente (niño sin uso de razón), existir totalmente (se adquiere a la mayoría de edad) o limitadamente (niño emancipado). Ahora bien, cuando falta la capacidad de obrar, subsiste la capacidad jurídica y el sujeto podrá intervenir en el mundo jurídico mediante otra persona que obre en su nombre adquiriendo por él y transmitiendo sus derechos. Ésta es la figura de la representación (así, por ejemplo, cuando intervienen los padres en representación de los hijos menores de edad). Pongamos un ejemplo: un niño de 6 años puede ser propietario de una fortuna, pero ese niño no puede gestionar, administrar o gastar ese dinero, hay que nombrar a un tutor para esos temas. Sin embargo, hay actos personalísimos que no pueden realizarse a través de representante (matrimonio o testamento).

Incapacitar a una persona es privarla de la capacidad de obrar, y para ello tienen que mediar unas causas referenciadas en la ley. Según el Art. 200 C.C. son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma. Una persona es "incapaz" siempre que haya sido así declarado por una sentencia judicial, tras haber sido promovido un expediente de incapacitación, poniéndolo previamente en conocimiento del Ministerio Fiscal. Sólo puede otorgarla el juez en el caso de que una persona carezca de capacidad de autogobierno y de administrar sus bienes. Cuando el juez dicta una sentencia de incapacitación se ejecuta en el Registro Civil. La incapacitación puede ser total o parcial y es reversible si sobrevienen nuevas circunstancias, debiendo en todo caso practicarse siempre las pruebas periciales correspondientes.

La Ley de Enjuiciamiento Civil en su Capítulo Segundo artículo 756 y siguientes, determina cómo se ha de llevar a efecto el proceso de incapacidad. Dicha Ley señala que el juez competente para llevar a cabo



la incapacitación es el Juez de Primera Instancia del lugar en el que reside la persona. Pueden iniciar el proceso legal de incapacitación de una persona el cónyuge o descendientes y, en su defecto, los ascendientes o hermanos y también el Ministerio Fiscal. Las autoridades y funcionarios públicos están obligados a ello. En el caso de menores de edad sólo pueden solicitarla quienes ejerzan la patria potestad o la tutela sobre ellos. En esta situación, la incapacitación es una medida de protección jurídica que prorroga la patria potestad de los padres más allá de la mayoría de edad del hijo. Cuando faltan los padres es preciso nombrar un tutor. Cuando no haya hermanos o familiares cercanos que puedan serlo, entonces puede ocuparse de ello una persona jurídica, por ejemplo una fundación tutelar.

La declaración de prodigalidad (conducta desordenada por la que se pone en peligro el patrimonio de forma injustificada) sólo la puede solicitar el cónyuge, ascendientes o descendientes que perciban alimentos del presunto pródigo o se encuentren en situación de reclamárselos, sus representantes legales o el fiscal.

Hay tres pruebas fundamentales e imprescindibles en el proceso de incapacitación, que son:

- La audiencia de los familiares más próximos del presunto incapaz: se establece como una garantía más del presunto incapaz y para un mayor conocimiento de su personalidad.
- El examen del presunto incapaz por el Juez.
- El dictamen pericial médico o la prueba pericial médica es una prueba esencial. Lo puede aportar la persona que promueve el proceso, y si no, lo acuerda el Juez de oficio. Es la prueba esencial porque nunca se puede decidir sobre la incapacitación sin previo dictamen pericial médico.

La sentencia judicial de incapacidad determinará, en función del grado de entendimiento del menor o incapaz, la extensión y límites de la incapacitación, el régimen de tutela o curatela al que debe quedar sujeto y la necesidad o no de internamiento. Esta situación puede modificarse por una nueva sentencia, si cambian las circunstancias. En la misma sentencia se podrá nombrar el tutor, aunque se puede hacer en una sentencia diferente. En la tutela la persona que

es nombrada tutor tiene la obligación de educar al menor o incapaz y procurarle una formación integral, además de administrar sus bienes y representarle en todos sus actos. Sin embargo, la curatela tiene por objeto completar la capacidad de estas personas, por lo que será necesaria la intervención del curador en aquellos actos que los menores o pródigos no pueden realizar por sí mismos según haya dispuesto la sentencia judicial de declaración de incapacidad. Tanto la tutela como la curatela constituyen un cargo renunciable y con derecho a retribución.

En el caso de ser el fiscal el iniciador del proceso de incapacitación de oficio, el juez, garante de la tutela del paciente y de sus derechos y libertades, debe nombrar al llamado “defensor judicial”, que de otra manera hubiera sido el propio Ministerio Fiscal. Habitualmente suele ser nombrado un abogado que representa los intereses del paciente. También puede designarse un defensor judicial con carácter previo a que se proceda al nombramiento de un tutor o curador.

➔ 9. TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO

En los últimos años han surgido voces que plantean las dificultades para atender a pacientes con enfermedades mentales graves que abandonan o rechazan los tratamientos. Son pacientes con una mínima o nula conciencia de enfermedad con múltiples ingresos involuntarios y nulo seguimiento del tratamiento al alta, con continuas descompensaciones. Por este motivo, en algunos países existen ya diferentes formas de tratamiento ambulatorio obligatorio (TAI). En España no existe una regulación legal específica sobre esta materia. La aplicación del TAI no está exenta de polémica, con defensores que consideran que es una forma de conseguir el cumplimiento terapéutico y la consiguiente mejoría clínica del paciente, y opositores, que encuentran en este tipo de medidas una vulneración de los derechos fundamentales de la persona y que conlleva un aumento de la coerción y el estigma del paciente psiquiátrico. Actualmente, para las personas que ven gravemente alterada su vida por una enfermedad psíquica y que no tienen conciencia de ello, la legislación española únicamente prevé la posibilidad del internamiento o la incapacidad civil. En octubre de 2004, la Asociación Nacional de Familiares de Pacientes con Enfermedad

Mental (FEAFES), a través de los representantes políticos, presentó en el Congreso de los Diputados una proposición para modificar el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil y permitir así la posibilidad de obligar legalmente a un determinado tipo de pacientes a recibir tratamiento ambulatorio:

“Podrá también el tribunal autorizar un tratamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico o un periodo de observación para diagnóstico, cuando así lo requiera la salud del enfermo, previa propuesta razonada del facultativo, audiencia del interesado, informe del forense y del Ministerio Fiscal. En la resolución que se dicte deberá establecerse el plan de tratamiento, sus mecanismos de control y el dispositivo sanitario responsable del mismo, que deberá informar al juez, al menos cada tres meses, de su evolución y su seguimiento, así como la necesidad de continuar, modificar o cesar el tratamiento. El plazo máximo de duración de esta medida será de dieciocho meses”.

La Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Legal se han manifestado a favor del cambio legislativo. Por el contrario, la Asociación Española de Neuropsiquiatría se ha manifestado en contra, dando mayor peso a los potenciales inconvenientes. Actualmente, en octubre del 2006, el Consejo de Ministros ha propuesto una modificación de la Ley de Jurisdicción Voluntaria en la que se recoge y regula el TAI y que aún se encuentra en trámites legislativos. Este Proyecto de Ley y a diferencia de la propuesta de FEAFES, no se dirige sólo a los tratamientos ambulatorios no voluntarios, sino a los tratamientos no voluntarios en general. Otra diferencia fundamental con la anterior es que la iniciativa no parte sólo de la previa propuesta razonada del especialista, sino que ahora podrán también promover este expediente los familiares del enfermo, incluso sin conocimiento del facultativo.

Apuntar que el Defensor del Pueblo considera que no es preciso introducir ninguna normativa nueva, ya que el TAI ya está legislado en el artículo 6 del Convenio de Oviedo y el artículo 9 de la Ley 41/2002 de autonomía del paciente “los facultativos podrán llevar a cabo intervenciones clínicas a favor de la salud del paciente sin necesidad de contar con su consentimiento cuando existe un riesgo inmediato grave para su integridad física o psíquica o para la salud pública.

Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones el consentimiento se prestará por representación”.

↑ 10. NOTIFICACIONES JUDICIALES

El internamiento y tratamiento involuntario están sujetos a notificación judicial urgente: la autorización judicial será previa salvo que por razones de urgencia no sea posible, debiéndose en este caso notificar al juez en un plazo máximo de 24 horas. Además de informar al juez en el momento del ingreso involuntario, también se hará en las siguientes circunstancias:

- Alta médica.
- Si se firma la hospitalización voluntaria.
- Si se fuga del centro y/o retorna tras la fuga.
- Si se traslada a otro centro.
- Caso de fallecimiento.
- Si la familia pide el alta.

↑ 11. LA FUGA

Se debe diferenciar si el paciente que se ha fugado, o abandonado la unidad de hospitalización, se encontraba ingresado en contra de su voluntad o no:

- En contra de su voluntad: se debe notificar vía telefónica y fax al Juzgado de Guardia y Fuerzas de Seguridad del Estado, así como a la familia.
- Voluntariamente y no existe causa de incapacidad para la correcta toma de decisiones, es suficiente con anotarlo en la historia clínica.

↑ 12. CONTENCIÓN MECÁNICA

La contención mecánica es un procedimiento terapéutico consistente en la restricción de movimientos de un paciente, con objeto de preservar su integridad física y/o la de terceros, o asegurar la correcta aplicación de otras medidas diagnósticas o terapéuticas. Las principales indicaciones son:

- Prevenir lesiones al propio paciente y/u otras personas.
- Evitar interrupciones graves del programa terapéutico del propio paciente o de otros enfermos.



- Evitar daños físicos en el servicio.
- Reducir estímulos sensoriales.
- Si lo solicita voluntariamente el paciente y existe justificación clínica y /o terapéutica.

La contención mecánica en la mayoría de los casos se realiza sin el consentimiento del paciente, y por tanto se priva de libertad. Esto hace que dicha aplicación implique un ingreso involuntario y/o un tratamiento involuntario, de forma que debemos regirnos por la Ley de Enjuiciamiento Civil en su artículo 763. Así pues, será necesaria una autorización judicial previa a la contención, salvo que por razones de urgencia sea necesaria inmediatamente debiendo comunicarlo al juez en un plazo máximo de 24 horas. Si se produce la descontención antes de que se produzca la autorización debe comunicarse al juzgado.

La indicación de la sujeción la realiza el médico, sin que la Ley precise que deba ser un especialista en psiquiatría, y debe ser él mismo quien se encargue de que se realicen los trámites legales.

La contención mecánica debe realizarse por criterio estrictamente clínico y con un objetivo terapéutico y debe informarse y solicitar el consentimiento a la familia. Si ésta se niega, se puede liberar al paciente, haciendo que éstos firmen que se oponen a dicha medida terapéutica y que se responsabilizan de las consecuencias de dicha decisión. Si se considera imprescindible la sujeción desde el punto de vista médico, debe ser el juez el que determine la acción a tomar.

↑ 13. ALTA VOLUNTARIA

No puede firmar el alta voluntaria ningún paciente sobre el que recaiga causa de incapacitación, ya sea temporal o no. Estas situaciones ocurren con frecuencia en servicios de urgencias donde solicitan el alta voluntaria pacientes con intoxicaciones etílicas

u otros tóxicos, intentos de autolisis, demencias y algunos enfermos mentales. Debe tenerse en cuenta que estos pacientes no presentan una capacidad total para la toma de decisiones, pudiendo existir riesgo para ellos o para terceros. Cuando se niegue el alta voluntaria estamos ante un ingreso involuntario (aunque sea en la sala de urgencias) y debe notificarse al juez.

Cuando el paciente se niegue al tratamiento tiene la obligación de firmar el alta voluntaria y en caso de negarse también, puede ser indicada ésta por parte de la dirección del hospital (artículo 21 Ley Básica 41/2002).

En el caso de pacientes supuestamente incapaces la toma de decisiones la realizarán la familia o allegados, pudiendo éstos solicitar y firmar el alta voluntaria. Si se sospecha un incorrecto tutelaje debe ponerse en conocimiento del juez, incluso negando el alta hasta obtener la respuesta del juez.

14. RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL MÉDICO INTERNO RESIDENTE

El médico residente es aquel profesional de la Medicina que se encuentra aún en formación y régimen de asistencia tutelada, bajo dependencia directa del tutor o médico facultativo asignado. Por ello es este último quien en última instancia debe responder si no cumple su deber de instrucción, control y supervisión; salvo que el residente asuma indebidamente su actuación, contraviniendo las directrices del superior, o bien actuando al margen de ellas y por su cuenta, en cuyo caso será él sólo quien responda de su anómala actuación. El médico residente, aunque tiene el título de Licenciado en Medicina, no posee el de la especialidad para la cual se está formando. Por ello, los actos inherentes o específicos de dicha especialidad es recomendable que se realicen bajo supervisión y control de un facultativo especialista.

RECOMENDACIONES CLAVE

Ofrecer apoyo directo para ayudar a los pacientes a que puedan actuar como ciudadanos de pleno derecho.

Ofrecer a las personas información, habilidades, apoyo y redes sociales que le sirvan para gestionar su propia enfermedad.

Conocimiento de la legislación y normativa propia de cada comunidad para ponerla al servicio de los pacientes.

Establecer relaciones terapéuticas más simétricas, que favorezcan la escucha de los problemas de las personas, además de los síntomas.

15. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Chinchilla A. Manual de Urgencias Psiquiátricas. Barcelona: Ed. Masson. 2006.

Bertolín JM. Evaluación e Intervención en Urgencias Psiquiátricas. Madrid: Ed. Elsevier. 2009.

Fuertes Rocañín JC, Cabrera Forneiro J. La Salud Mental en Los Tribunales. Madrid: Ed. Aran. 2007.

Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.

II Plan andaluz de Salud Mental.

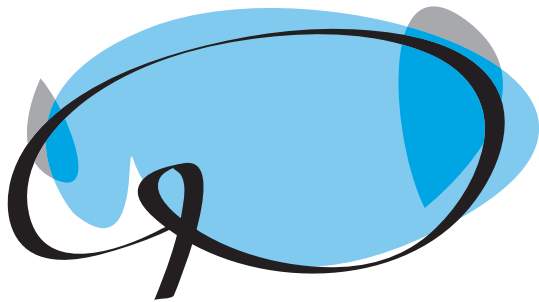
16. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Cabrera Forneiro J, Fuertes Rocañín JC. Psiquiatría y Derecho. Dos ciencias Obligadas a Entenderse. Madrid: Cauce Editorial. 1997.

Hales DJ, Rapaport MH (eds). Aspectos forenses y éticos en psiquiatría. Focus APA lifelong learning in psychiatry. Barcelona: Ed. Medical Trends. 2004.

Bloch S, Chodoff P, Green S (eds.). La ética en psiquiatría. Fundación archivos de neurobiología. Madrid: Editorial triacastela. 2001.





MÓDULO 4.

Rotaciones
(Formación
transversal)



Interconsulta y enlace





105. CÓMO ORGANIZAR LA ROTACIÓN POR INTERCONSULTA Y ENLACE



Autoras: Belén Berjano Noya y Ester Zarandona Zubero
Tutora: M^a Soledad Mondragón Egaña
Hospital Galdakao, Usansolo. Vizcaya

CONCEPTOS ESENCIALES

Duración: 4 meses.

Rotación R3 o R4.

Exposición clínica gradual.

Contenidos diversos en las interconsultas.

Actividades de seguimiento y consulta ambulatoria.

Supervisión reglada.

Investigación.

1. INTRODUCCIÓN

La interconsulta psiquiátrica y psiquiatría de enlace es la disciplina de la psiquiatría que lleva más de setenta años de experiencia en la asistencia, docencia e investigación de personas con enfermedades médico-quirúrgicas, de sus familias y de los profesionales sanitarios integrados en los diferentes servicios. El conocimiento directo de la coexistencia de trastornos somáticos y psiquiátricos y de sus complejas relaciones, va a aportar un tipo de formación de crucial importancia también para aquellos que vayan a desarrollar actividades asistenciales en la clínica psiquiátrica general.

En nuestro país, y de acuerdo con el programa formativo de especialistas, el entrenamiento en interconsulta psiquiátrica y psiquiatría de enlace se enmarca dentro del período de formación nuclear. Ello supone que es una rotación de obligado cumplimiento y cuya duración mínima se establece en cuatro meses.

Preferiblemente se realizará en la segunda parte de la residencia, cuando los residentes tienen ya un conocimiento y habilidades en psiquiatría general. En el transcurso del periodo de rotación el residente debe adquirir, al menos, los siguientes conocimientos, actitudes y habilidades:

- Entrevista con el paciente médico-quirúrgico. Fundamentos teóricos psicosomáticos. Comunicación con los pacientes gravemente enfermos o terminales. Comunicación con los allegados del enfermo. Actividades de enlace con otros profesionales y equipos sanitarios.
- Evaluación y manejo de los trastornos psiquiátricos y psicológicos habituales en pacientes médico-quirúrgicos. Psicofarmacología en pacientes médico-quirúrgicos. Intervenciones en crisis e intervenciones psicoterapéuticas de apoyo en pacientes médico-quirúrgicos (incluyendo los familiares). Coordinación de cuidados ante el paciente médico-quirúrgico complejo.



Asimismo, en un nivel avanzado de la especialización se debería conseguir en este área.

- Actitud e identidad específica del psiquiatra de enlace, con conocimientos y habilidades en temas psicosomáticos especiales y en psicoterapia especializada y adaptada a pacientes médico-quirúrgicos y a la intervención en crisis.
- Alcanzar un adecuado nivel técnico avanzado de enlace con equipos sanitarios y capacitación para el asesoramiento en casos de dilemas éticos.
- Formación específica mediante sesiones clínicas interdisciplinarias, incluyendo *staff* médico-quirúrgico y supervisión interna y externa por *staff* experimentado de psiquiatría de enlace. Sesiones bibliográficas y estudio de la bibliografía.

2. HABILIDADES Y COMPETENCIAS

El psiquiatra de enlace e interconsulta adecuadamente entrenado debe:

- Tener buena formación médica, con una capacidad de visión que le permita entender integralmente los aspectos médicos y psicológicos, así como las implicaciones psicosociales y familiares de la enfermedad.
- Ser capaz de sospechar causa orgánica en patología psiquiátrica que así lo sugiera.
- Tener la capacidad para trabajar en equipo con sus compañeros del área de salud mental, profesionales de otras disciplinas y autoridades de la institución.
- Ser capaz de manejar un lenguaje amplio que le permita comunicarse en términos psiquiátricos, médicos y administrativos.
- Poder enfrentar una psicopatología particular, primordialmente constituida por reacciones de adaptación que pueden estar o no interferidas por alteraciones cognitivas.
- Tener un buen manejo psicofarmacológico, entendimiento de interacciones y efectos secundarios de los fármacos.
- Ser capaz de convivir e interactuar con otras especialidades, en un espacio que es usual-

mente informal o en el marco de comités no psiquiátricos, excepcionalmente magistral, con el objetivo de explicar conceptos y modificar creencias partiendo del principio que el paciente es la motivación y el medio ideal para ese intercambio.

- Ser práctico, proactivo, claro, con buenas habilidades para simplificar y transmitir conceptos, ejecutivo y con gran persistencia y tolerancia a la frustración.
- Intentar definir campos de acción especializados que le permitan adquirir un entendimiento de la vivencia de un grupo de pacientes específico así como acercarse y desarrollar una relación de trabajo con los especialistas del área.
- Ser un facilitador de procesos de comunicación y entendimiento.
- Poder identificar problemas de relación y comunicación que incidan en el funcionamiento de la institución.
- Entender que en un hospital ingresa el paciente y su sistema familiar por lo que debe comprender el significado de la enfermedad para el paciente y el entorno y manejo de emociones asociadas a la enfermedad.

3. PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES

Los problemas más frecuentes que tratan los psiquiatras de consulta-enlace, son los siguientes:

- Desorientación.
Diferenciar entre cuadro confusional agudo y demencia; investigar el estado metabólico, hallazgos neurológicos, antecedentes de consumo de sustancias; tratar la agitación grave con dosis bajas de antipsicóticos; las benzodiazepinas pueden agravar la desorientación y causar el síndrome de la puesta de sol (*sundowning*, p. ej. ataxia, confusión); modificar el ambiente a fin de evitar la privación de estímulos sensoriales.
- Intento o amenaza de suicidio.
Son factores de alto riesgo: varón de más de 45 años, falta de apoyo social, alcoholismo, intento previo, enfermedades médicas incapacitantes con dolor e ideación suicida; si hay alguno de

estos factores, derivar a una unidad psiquiátrica o iniciar vigilancia de enfermería de 24 horas.

■ Agitación.

Relacionada a menudo con un trastorno cognitivo, abstinencia de fármacos/drogas (por ejemplo, opioides, alcohol, sedante-hipnóticos); el haloperidol es la medicación más eficaz para la agitación extrema; emplear medidas de sujeción física con suma precaución; investigar si la agitación es secundaria a alucinaciones de mando o a ideación paranoide; descartar reacciones tóxicas a la medicación.

■ Alucinaciones.

La causa más frecuente en pacientes hospitalizados es el *delirium tremens*; suele comenzar 3-4 días después de la hospitalización; en UCI, investigar aislamiento sensorial; descartar psicosis reactiva breve, esquizofrenia, trastorno cognitivo, patología orgánica; tratar con medicación antipsicótica.

■ Depresión.

Se debe evaluar el riesgo de suicidio de todo paciente deprimido; los defectos cognitivos de la depresión pueden plantear problemas diagnósticos con la demencia; investigar antecedentes de abuso de sustancias o fármacos depresores (por ejemplo, reserpina o propranolol); administrar antidepresivos con precaución a pacientes cardíacos, debido a los efectos colaterales sobre la conducción cardíaca e hipotensión ortostática.

■ Trastorno del sueño.

El dolor es una causa frecuente; los individuos con depresión suelen despertarse temprano; la dificultad para conciliar el sueño se asocia con ansiedad; tratar con ansiolíticos o antidepresivos, según la causa (como estos fármacos no tienen efecto analgésico, se debe prescribir un analgésico adecuado); descartar reacciones precoces de abstinencia de sustancias.

■ Síntomas sin base orgánica.

Descartar trastorno de conversión, trastorno de somatización, trastorno facticio y simulación; se observa anestesia en guante y calcetín con

síntomas del sistema nervioso autónomo en el trastorno de conversión; múltiples síntomas somáticos en el trastorno de somatización; deseo de ser hospitalizado en el trastorno facticio; beneficio secundario evidente (por ejemplo, indemnizaciones) en la simulación.

■ Falta de adherencia al tratamiento o negativa a autorizar procedimientos.

Investigar la relación del paciente con el médico tratante; la transferencia negativa es la causa más común de incumplimiento; los pacientes que temen a las medicaciones o a procedimientos deben de ser debidamente informados y tranquilizados; la capacidad de juicio tiene que ver con la negativa a autorizar procedimientos; si está deteriorada, el paciente puede ser declarado incompetente y se debe solicitar autorización judicial; el trastorno cognitivo es la principal causa de deterioro del juicio de pacientes hospitalizados.

Los diagnósticos específicos más frecuentes, según criterios CIE 10 son:

- Trastorno adaptativo: 21%
 - Principalmente trastornos de adaptación a la enfermedad somática.
- Trastorno orgánico: 18,1%
 - *Delirium*: 9,1%
- Trastorno afectivo: 15,2%
 - Prácticamente todas las depresiones.
- Abuso de sustancias: 11,4%
- Trastorno de ansiedad: 5,5%
- Trastorno por somatización: 2,6%
- Otros: 10,2%

Teniendo en cuenta dichos datos, el contenido curricular para basar la docencia, ya sea teórica como aplicada a casos concretos, debería incluir:

- Bases conceptuales, históricas y prácticas de la psiquiatría de enlace.
- La relación médico-enfermo.
- La exploración de las funciones superiores.



- Neuroimagen básica para psiquiatras.
- El afrontamiento de la enfermedad y hospitalización.
- El afrontamiento de la muerte. Asistencia al paciente moribundo. Las reacciones de duelo.
- *Delirium*.
- Demencias.
- Otros trastornos mentales orgánicos.
- Ansiedad y depresión en pacientes médico – quirúrgicos.
- Trastornos psiquiátricos relacionados con el consumo de alcohol.
- Trastornos psiquiátricos relacionados con el consumo de otros tóxicos distintos del alcohol.
- Trastornos somatomorfos.
- Trastornos facticios y de simulación.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- El suicidio. Abordaje del paciente suicida.
- Trastornos del sueño.
- Disfunciones sexuales.
- Alteraciones psicológicas en el paciente con enfermedades cardiovasculares y respiratorias.
- Alteraciones psicológicas en el paciente con enfermedades endocrinas y metabólicas.
- Alteraciones psicológicas en el paciente con enfermedades digestivas, dermatológicas y reumáticas.
- Alteraciones psiquiátricas en el paciente con enfermedad neurológica.
- Alteraciones psiquiátricas en el paciente con infección por VIH.
- Psicooncología.
- Dolor crónico.
- Reacciones psicológicas en el paciente de cuidados intensivos.
- Diálisis y trasplantes de órganos.
- Aspectos psicológicos de la paciente de obstetricia y ginecología.
- Psiquiatría de enlace en pediatría.
- Psiquiatría de enlace en geriatría.

- Psiquiatría de enlace en medicina primaria.
- Utilización de psicofármacos en psiquiatría de enlace. Alteraciones psicológicas producidas por fármacos no psicotropos.
- Psicoterapias en el paciente médico-quirúrgico.
- Aspectos administrativos, éticos y legales en psiquiatría de enlace.

4. PROPUESTA DE ROTACIÓN

El paciente es valorado por el servicio de psiquiatría de enlace cuando otro médico escribe una orden específica para ello. Se espera que el psiquiatra proporcione un diagnóstico y un tratamiento. Para que el residente pueda llegar a ese diagnóstico y tratamiento deberá entrenarse en la realización de un proceso que incluye definir la razón de la consulta; leer la historia; recoger información de las enfermeras y de los miembros de la familia; entrevistar al paciente; pedir o sugerir pruebas de laboratorio y medicaciones que el paciente precisa. Deberá hablar con el médico que realice la interconsulta para dar cuenta de todo esto y hacer las visitas de seguimiento oportunas.

Aprender a realizar la entrevista psiquiátrica es fundamental en este proceso. Tener en cuenta que con frecuencia el paciente no es el que ha solicitado ser visitado por el psiquiatra y que durante la entrevista su cooperación es esencial para recoger toda la información necesaria. Mostrar interés por la dolencia médica del paciente es indispensable y suele ser el tópico más natural sobre el que el residente debe aprender a enfocar la conversación inicial. Además para un examen minucioso deberá saber que se requiere esta información: molestia principal, historia anterior tanto psicosocial como familiar, antecedentes médicos, medicaciones actuales, datos de laboratorio y constantes, estado mental actual y valoración del estado mental anterior, para lo cual es de sumo valor la información aportada por la familia.

Será importante en la formación de dicho residente el aprender a sospechar causa orgánica ante clínica psiquiátrica que así lo sugiera, principalmente en casos de agitación y delirium. Deberá sugerir entonces al médico encargado sea descartada dicha organicidad con pruebas complementarias indicadas en cada caso.

A la hora de pautar el tratamiento aprenderá a valorar la patología física del paciente que puede contraindicar algunos psicofármacos así como las posibles interacciones farmacológicas. Es básico esto en los episodios de agitación que precisan de sedación y rápida actuación y que ocurren con frecuencia en el contexto de un síndrome confusional orgánico y en el que el residente tiene que manejar los psicofármacos adecuadamente. Así mismo saber identificar el origen farmacológico de algunas manifestaciones psiquiátricas.

Deberá adquirir conocimientos de las reacciones psiquiátricas y mecanismos psicológicos de adaptación a la enfermedad. Es preciso saber valorar minuciosamente dichos aspectos en algunas unidades donde se solicita la colaboración del psiquiatra, como son:

- Unidad de cuidados intensivos.
- Unidad de grandes quemados.
- Lesionados medulares.
- Trasplantados.
- Oncología.

De este conocimiento se derivarán las pautas de manejo a dar al personal de enfermería. Situaciones especiales se dan en casos de intento autolítico, rechazo del paciente al tratamiento... En el primer caso el residente deberá saber valorar la intencionalidad del intento, existencia o no de planificación previa, crítica actual de lo ocurrido, patología psiquiátrica asociada, así como el riesgo autolítico que puede existir mientras el paciente permanece ingresado en el hospital, existiendo en ocasiones la indicación de traslado a la sala de psiquiatría. Dicho traslado puede conllevar la realización de un ingreso voluntario. Surgen así aspectos médico-legales que también deben ser dominados por el residente, pues están presentes a diario en la asistencia realizada: valoración del estado mental del paciente a la hora de dar su consentimiento informado, protocolo de sujeción mecánica en pacientes, rechazo del tratamiento, ingreso involuntario...

Se recomienda que haya diferentes fases de exposición en la rotación de la interconsulta. Esta exposición gradual se refiere tanto al número de casos asignados al día como a la complejidad de los mis-

mos. Lógicamente al final del periodo de la rotación el residente estará en mejores condiciones para atender a mayor número de personas y en situaciones de mayor complejidad.

El contenido de las mismas es aconsejable que sea diverso: pacientes de diferentes edades, sexos, patologías médicas, problemas identificados por el médico remitente, diagnósticos realizados por el consultor, fases de ciclo vital... En un 48% de Hospitales existe algún programa de colaboración más estrecho con algún servicio, que suelen ser por orden de frecuencia:

- Oncología.
- Trasplante.
- Endocrino-nutrición.
- Cirugía de la obesidad.
- Atención primaria.
- Infecciosas.

Es también fundamental asegurar que realice visitas de seguimiento durante la hospitalización del paciente y también que atienda a peticiones de atención a pacientes ambulatorios procedentes de los servicios médico-quirúrgicos. En todos los casos se sugiere que se realicen esfuerzos para la coordinación con el profesional de atención primaria, además del de salud mental cuando se estime indicado.

Todos los pacientes deben ser supervisados por el médico de plantilla. Las sesiones de supervisión sería deseable hacerlas conjuntas para todo el servicio de interconsulta y enlace, permitiendo la participación de varios miembros de la plantilla y residentes. Además el médico residente debe tener acceso, durante toda la jornada de trabajo, al médico de plantilla para comentar las dificultades que le puedan surgir en la clínica.

Las sesiones clínicas son una de las actividades principales en el terreno docente. Se recomienda que se realicen periódicamente en el propio servicio / unidad, además de contribuir a las sesiones del servicio de psiquiatría. Asimismo se pueden complementar con sesiones bibliográficas que ayudan a familiarizarse con bibliografía básica concerniente a psiquiatría de enlace en sus diversas áreas temáticas.



Hay otras actividades de las que el residente durante su rotación puede y debe participar. En relación con la investigación, debe tomar parte activa en los proyectos centrados en la interconsulta y enlace que se estén desarrollando en el servicio. Asimismo se pueden plantear microproyectos sobre aspectos muy concretos (auditorías) que den lugar a presentaciones en las reuniones de mejora de calidad del ser-

vicio y como pósters en congresos. Se recomienda que el residente conozca las áreas de investigación en psiquiatría de enlace que se estén desarrollando a nivel nacional. Uno de los objetivos a adquirir en este campo es la capacidad para presentar un proyecto de investigación, en el contexto de curso de doctorado, que pueda ser la base de una futura tesis doctoral.

RECOMENDACIONES CLAVE

- ↑ Saber descartar posibles causas orgánicas subyacentes ante clínica psiquiátrica que así lo sugieran.
- ↑ Capacidad de evaluar riesgo de suicidio en unas plantas poco contenedoras en ese aspecto.
- ↑ Buen manejo psicofarmacológico con conocimiento de posibles interacciones y efectos secundarios de los fármacos.
- ↑ Saber manejar las reacciones psicológicas ante el diagnóstico de una enfermedad grave.
- ↗ Mostrar interés por la dolencia del paciente.
- ↗ Capacidad de trabajar en equipo.
- ↗ Desarrollar visión integral de aspectos médicos y psicológicos.
- ↗ Conoce aspectos médico-legales a la hora del manejo del paciente.

5. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Stoudemire A, Fogel BS, Greenberg DB. Psychiatric care of the medical patient. 2ª ed. Nueva York: Ed. Oxford University Press. 2000.

Levenson JL. Tratado de medicina psicosomática. 1ª ed. Barcelona: Ed. Ars Médica. 2006.

Schatzberg AF, Nemeroff CB. Tratado de psicofarmacología. 1ª edición. Madrid, Barcelona: Ed. Elsevier-Masson. 2006.

Salazar M, Peralta C, Pastor J. Tratado de psicofarmacología. 1ª ed. Barcelona: Ed. Panamericana. 2004.

Lozano Suárez M, Ramos Brieva JA. Utilización de los psicofármacos en psiquiatría de enlace. 1ª ed. Barcelona: Ed. Masson. 2002.

6. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock Sinopsis de psiquiatría. 10ª ed. Barcelona: Ed. Lippincott Williams & Wilkins. 2008.

Lozano Suarez M, Campos Rodenas R, Zabala Falco S, Iglesias Echevoyen C. Guía docente en psiquiatría de enlace. Actas Esp Psiquiatr. 2000 Nov-Dec;28(6):394-8.

Valdés M, de Pablo J, Campos R, Farre JM, Girón M, Lozano M, Aibar C, García-Camba E, Martínez Calvo A, Carreras S, Stein B, Huyse F, Herzog T, Lobo A. El proyecto multinacional europeo y multicéntrico español de mejora de calidad asistencial en psiquiatría de enlace en el hospital general: el perfil clínico en España. Med Clin (Barc). 2000 Nov 25;115(18):690-4.

Iglesias Echevoyen C, Zabala Falco S, Campos Rodenas R, Lozano Suarez M. Encuesta de docencia en psiquiatría de enlace. Actas Esp Psiquiatr. 2000 Sep-Oct; 28(5):290-7.

Hospital La Fe. Guía docente en psiquiatría. 2008.





106. INTERCONSULTA



Autores: Noemy Escudero Cuyvers e Ignacio Lara Ruiz-Granados
Tutora: Carmen Rodríguez Gómez
Hospital de Jerez. Cádiz

CONCEPTOS ESENCIALES

Interconsulta.

Psiquiatría de Enlace.

1. INTERCONSULTA, CONCEPTO E INCLUSIÓN EN LA PSIQUIATRÍA DE ENLACE Y PSICOSOMÁTICA

La psiquiatría de consulta y enlace se ocupa del conocimiento relacionado con la comorbilidad entre las enfermedades médicas/quirúrgicas y las diagnosticadas por la psiquiatría. Es, pues, una estructura funcional que tiene sus objetivos, asistenciales y de relación con el resto de especialidades, sobre el ambiente estructural del enfermo y sus costes.

↑ Ha de diferenciarse claramente entre el término interconsulta o de consulta y el término de enlace. El primero se refiere a una acción directa sobre el enfermo. La finalidad de la interconsulta es detectar, identificar y colaborar en el tratamiento de la enfermedad de base, y profundizar en los factores psicológicos con el especialista que solicita la interconsulta, teniendo en cuenta los postulados biopsicosociales. Igualmente, se tienen en cuenta los aspectos relacionales entre el enfermo y sus circunstancias: qué representa la enfermedad para el paciente, qué capacidad tiene para afrontar la situación, con el objetivo de establecer una estrategia de afrontamiento adecuada. El paciente y sus familiares serán suficientemente informados en todo momento de los pasos que se vayan a seguir.

Por el contrario, la psiquiatría de enlace está dirigida al resto de circunstancias sanitarias y estudia el ám-

bito que rodea al enfermo. En el ámbito profesional, se intenta inculcar los principios biopsicosociales al resto del personal sanitario, analizando y solucionando sus relaciones con el enfermo e incidiendo en los conflictos que puedan generarse entre ellos. Incluso, debería poder intervenir en el diseño de infraestructuras y programaciones de los actos profesionales y en los costes de los procesos.

Los planteamientos iniciales comenzaron desde un modelo de interconsulta pero el aumento de la demanda junto con la exigencia de una formación especializada y requisitos de investigación han originado la instauración de programas especializados dirigidos a enfermos o enfermedades más sensibles, o lo que es lo mismo, dirigidos hacia una psiquiatría de enlace.

↗ La existencia de diferentes modelos de interconsulta hace que existan múltiples definiciones para este término y que lleve a equívocos al aplicarlo a la psiquiatría, de modo que se utilizan otros términos asociados a éste como sinónimos. Estos términos serían entre otros los de medicina psicosomática y medicina conductual:

- El término de medicina psicosomática podría conceptuarse como una forma general de actuar desde un modelo biopsicosocial en el abordaje del paciente. De este modo, la medicina



psicosomática no es una actividad asistencial, aunque podamos aplicar sus postulados a la asistencia, si no que dentro de un marco biopsicosocial investiga la relación entre los factores psicológicos, personales, ambientales y sociales y el comportamiento de un paciente.

- El concepto de medicina conductual, se refiere a una parte de la psicología conductual que se basa en conceptos operativos derivados de las teorías del aprendizaje que permite utilizarlos como instrumentos para tratar o comprender al enfermo.

2. DESARROLLO DE LA INTERCONSULTA PSIQUIÁTRICA

La instauración de la psiquiatría en hospitales generales fue el primer paso para la creación de unidades específicas de consulta y enlace, fenómeno que se inició con fuerza en América. Después de la I Guerra Mundial, el número de consultas psiquiátricas había aumentado considerablemente y se comienza entonces a tratar pacientes con enfermedades médicas y problemas psiquiátricos. En aquellos años aparecen los primeros artículos sobre psiquiatría de consulta y enlace.

A partir de 1930, la psiquiatría de consulta y enlace queda establecida. En su avance cabe destacar el papel de Franklin Ebaugh, psiquiatra que estableció programas de formación en este campo en el Hospital de Colorado.

Entre los años 50 y 60 el crecimiento de la interconsulta se extiende a todos los hospitales universitarios, aplicándose diversos modelos de abordaje.

Los avances terapéuticos y los resultados obtenidos, junto a la creciente influencia de la psiquiatría en EE.UU. (Adolf Meyer y su concepto de reacción, o Alexander y la medicina psicosomática) afirmaron el desarrollo existente, y confirmaron el papel del psiquiatra en la investigación, docencia y asistencia. Esto condujo al perfeccionamiento y organización de diferentes modelos, como propugnaba claramente Lipowski, impulsor de la psiquiatría de consulta y enlace moderna.

► En España, los primeros servicios de psiquiatría en los hospitales generales aparecieron más tardía-

mente. A partir de 1934 se crea la primera cátedra de psiquiatría y no es hasta la década de los 70 cuando aparecen las unidades psiquiátricas ligadas a la asistencia en hospitales generales.

Distintos aspectos históricos significativos han afectado a la psiquiatría de C-E durante la década de 1990:

- Gestión de los recursos limitados empleados en el cuidado de la salud y reubicación de los mismos según nuevos criterios.
- Trasladar al ciudadano médico y la atención psiquiátrica de la hospitalización a la atención ambulatoria.
- Equipos multidisciplinares.
- Formación médica combinada durante el periodo de residencia.

3. EL PSIQUIATRA INTERCONSULTOR

▲ Dada la continua interacción entre diferentes especialidades que supone la interconsulta, en donde coinciden lenguajes y maneras distintas de ver la enfermedad, la aptitud y la praxis del consultor serán muy importantes para realizar con éxito sus funciones, debiendo tener conocimientos actualizados en medicina, cirugía y psiquiatría, así como, poseer un carácter dialogante flexible y tolerante que origine una buena comunicación con los distintos servicios (tabla 1).

4. OBJETIVOS DE LA INTERCONSULTA PSIQUIÁTRICA

Lipowski diferencia varios objetivos y áreas de actuación en su definición de la psiquiatría de consulta y enlace.

- Función asistencial: el modelo de consulta se ocupará de atender las diferentes consultas realizadas, para ello; el procedimiento de la consulta requiere varias visitas, las primeras para diagnosticar y decidir el plan terapéutico, informando, verbalmente y por escrito, al equipo que trata al paciente, especificando las instrucciones diagnósticas y recomendaciones terapéuticas de forma clara y concisa. Las visitas posteriores aseguran el resultado de la

Tabla 1. Cualidades del psiquiatra consultor

<p>Adquisición de conocimientos y habilidades básicos en medicina.</p> <p>Conocimientos en psicopatología, diagnóstico diferencial psiquiátrico, psicoterapia, economía médica, geriatría y medicina forense.</p> <p>Conocimiento de la patología psiquiátrica que se asocia a determinadas enfermedades médicas, edad, estado socioeconómico y otros factores sociodemográficos.</p> <p>Revisión completa de los datos clínicos del paciente para realizar el diagnóstico diferencial y tratamiento adecuado.</p> <p>Evitar conceptos técnicos que puedan ser difíciles de entender por personal sanitario no psiquiatra.</p> <p>Accesibilidad, flexibilidad, claridad de ideas e interés por nuevos fenómenos.</p> <p>Capacidad para saber recurrir a otras fuentes para resolver problemas clínicos.</p>

intervención y mejoran la comunicación con el resto del personal sanitario.

- Función investigadora: con la finalidad de lograr un único modelo y lenguaje, el biopsicosocial, que facilite el desarrollo de instrumentos comunes para la detección (*screening*) de factores de riesgo psicosocial en los pacientes ingresados en los hospitales y desarrollar e implementar un sistema de garantía de calidad. Los campos de investigación hasta ahora son múltiples, desde estudios sobre evaluación de la actividad asistencial, estudios de coste/beneficio y en el plano más clínico irá en función de la población diana sobre la que interactúe el psiquiatra.
- Función docente: se deberá enseñar a los médicos no psiquiatras a diagnosticar y tratar correctamente los trastornos psiquiátricos, mejorando la derivación de pacientes psiquiátricos. Esto debe permitir una adecuada utilización de instrumentos de screening que podrá favorecer el paso de un modelo basado en la consulta a un modelo basado en el "traje". Esta formación debe ser continua durante la práctica clínica. Los residentes de psiquiatría deben adquirir los suficientes conocimientos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad psiquiátrica en los pacientes médicos.

➡ Según los criterios de la ACGME un adecuado programa de formación para los residentes debe conseguir los siguientes requisitos:

- Que el residente adquiera la suficiente experiencia para diagnosticar, tratar y derivar con enfermedad médica o quirúrgica.

- Que se familiarice con aquellas patologías que presentan patología psiquiátrica y con los trastornos psiquiátricos que manifiestan sintomatología médica.
- Que conozca las interacciones de los psicofármacos.
- Que desarrolle habilidades en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades neurológicas así como de las derivadas del consumo de tóxicos.

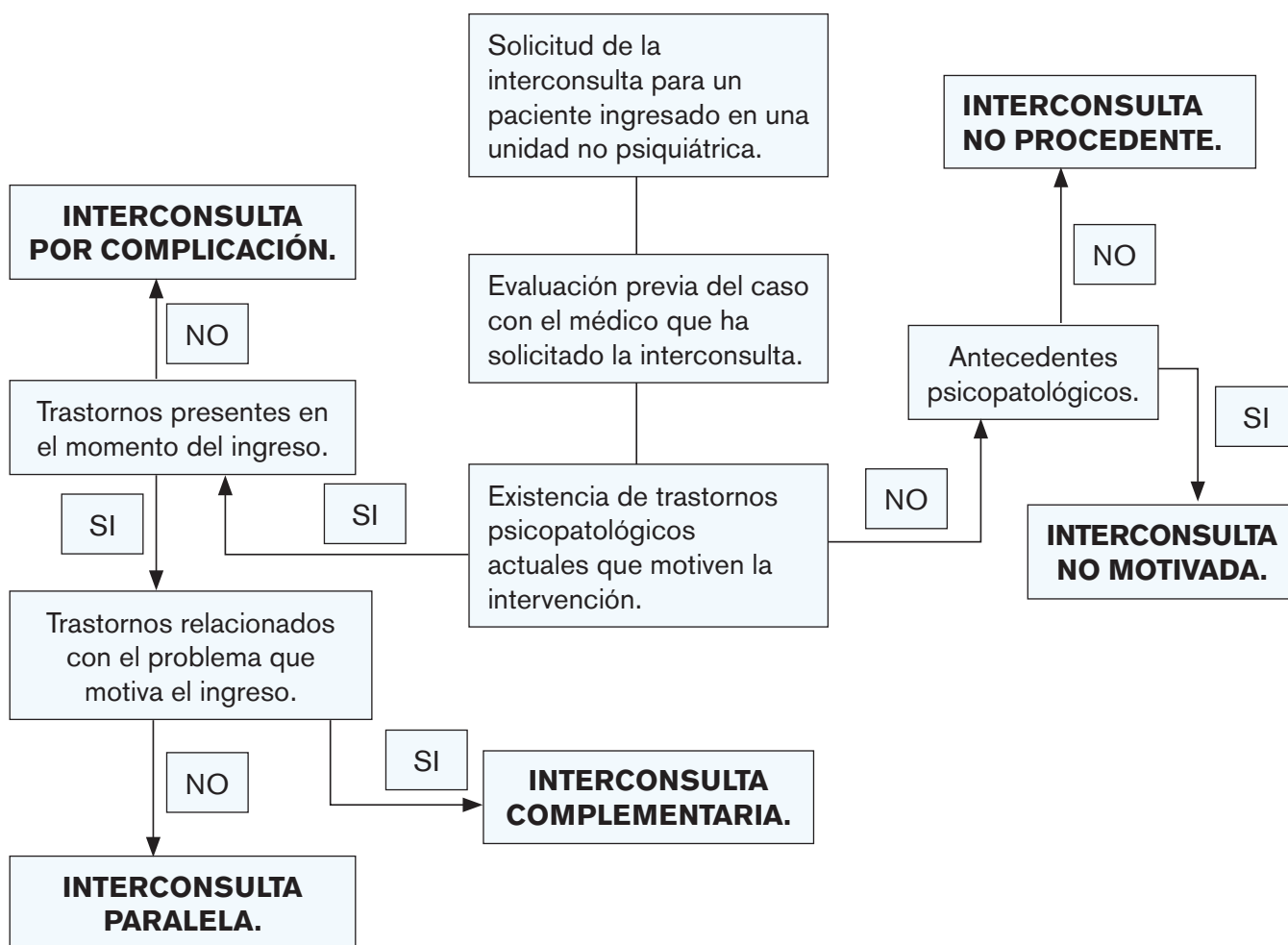
5. CLASIFICACIÓN DE LAS INTERCONSULTAS (figura 1)

6. ABORDAJE DEL PACIENTE/GESTIÓN DE LA INTERCONSULTA

La interconsulta psiquiátrica supone todo un reto para los profesionales de la salud mental. En ella intervienen múltiples factores que modifican los resultados y observaciones de un examen clínico psiquiátrico tradicional. Por un lado se halla el paciente sometido a un importante impacto emocional y físico. El enfermo ve peligrar su salud e independencia, se encuentra en un ambiente donde se modifican los rituales y costumbres de su vida cotidiana. También hay que tener presente que debido a la intensidad del impacto recibido no es extraño que las personas más vulnerables, incluyendo los familiares, presenten alteraciones emocionales que distorsionen el curso propio de la enfermedad. Algunos síntomas físicos de la enfermedad se pueden confundir con sintomatología psiquiátrica o viceversa. Por último tampoco se debe olvidar que todo esto se produce



Figura 1.



en un ambiente hospitalario muy tecnificado, donde la relación médico-paciente ha ido perdiendo la intensidad e importancia que debía tener.

El abordaje del paciente se debe realizar a través de la historia clínica detallada, la cual aportará información esencial, recogida de diversas fuentes, ver tabla 2.

Y que debe enfocarse tanto a lo que dice el paciente como a lo que hace, teniendo en cuenta el punto de vista sincrónico y diacrónico de la conducta explorada, es decir, el momento de la exploración o motivo de la consulta y los cambios ocurridos a lo largo del tiempo.

La entrevista en interconsulta debe realizarse una vez recogida la información previa de algunos datos,

reseñados en la tabla, para evitar confusiones y prácticas erróneas, a la vez que servirá para corroborar o completar datos del paciente, conocer la posibilidad de efectos secundarios, interacciones y contraindicaciones y orientar las posibilidades terapéuticas.

La historia clínica tiene varias partes. Una narrativa, otra crítica y una última reflexiva. La anamnesis y la exploración forman parte de la primera. En ambas se encontrarán datos objetivos aportados por el paciente y familiares, y datos subjetivos que, si son relevantes, se transcribirán entre comillas con las propias palabras del paciente. La parte crítica de la historia hace referencia al diagnóstico global, al pronóstico y al tratamiento, mientras que la parte reflexiva, razona los contenidos anteriores. El curso evolutivo y la epicrisis deben concluir el documento.

Tabla 2.

<p>HOJA DE INTERCONSULTA</p> <p>Motivo de la consulta.</p> <p>Motivo de ingreso en el hospital.</p> <p>Carácter de la solicitud (urgente...).</p> <p>Datos de filiación y administrativos.</p>	<p>HISTORIA CLÍNICA ACTUAL</p> <p>Estado somático actual y problemas principales.</p> <p>Evolución durante el ingreso.</p> <p>Farmacoterapia.</p> <p>Psicofármacos administrados.</p> <p>Comorbilidad.</p> <p>Anamnesis médica.</p> <p>Exploración física.</p> <p>Datos sociodemográficos.</p>
<p>HISTORIAL CLÍNICO PASADO</p> <p>Antecedentes psiquiátricos.</p> <p>Complicaciones psiquiátricas en otros ingresos.</p> <p>Estado mental y físico anterior.</p> <p>Adaptación y funcionamiento previo.</p>	<p>REGISTROS DE ENFERMERÍA</p> <p>Estado mental del paciente.</p> <p>Observación longitudinal y evolución.</p> <p>Adaptación global a la planta.</p> <p>Tratamiento pautado.</p>
<p>PERSONAL DE ENFERMERÍA</p> <p>Situación y estado mental actual del paciente.</p> <p>Medicación administrada realmente.</p> <p>Soporte y situación familiar.</p> <p>Adaptación al hospital.</p> <p>Reticencias a la visita por parte del psiquiatra.</p> <p>Disponibilidad del paciente para la entrevista.</p>	<p>PERSONAL MÉDICO</p> <p>Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.</p> <p>Diagnóstico diferencial.</p> <p>Procedimientos pendientes.</p> <p>Comorbilidad.</p> <p>Anamnesis médica.</p> <p>Exploración física.</p> <p>Información recibida por el paciente.</p> <p>Evolución.</p> <p>Influencia del estado mental en la evolución.</p> <p>Objetivos de nuestra entrevista.</p>
<p>PACIENTE</p> <p>Anamnesis psiquiátrica.</p> <p>Exploración psicopatológica.</p>	<p>FAMILIARES Y OTROS</p> <p>Adaptación en el año previo.</p> <p>Estado habitual del paciente.</p> <p>Punto de vista familiar.</p> <p>Anamnesis psiquiátrica.</p> <p>Curso del trastorno.</p> <p>Aceptación del tratamiento.</p>



7. CARACTERÍSTICAS PARA UNA INTERCONSULTA EFICAZ

Existen controversias de la forma más adecuada para recoger información durante las entrevistas efectuadas dentro del proceso de interconsulta psiquiátrica en un hospital general; se discute entre la posibilidad de utilizar preguntas cerradas de forma puntual y centradas en el problema clínico o utilizar una entrevista clínica estructurada. Ambos estilos no son mutuamente excluyentes y si se integran dentro de la entrevista permiten recoger información longitudinal y transversal fidedigna.

7.1. CARACTERÍSTICAS DE UNA BUENA SOLICITUD DE INTERCONSULTA

- Especificar claramente el motivo de la interconsulta. Ejemplos: diagnóstico psiquiátrico, tratamiento psicofarmacológico, arreglar seguimiento ambulatorio, solicitud del paciente o familiares, opinión sobre tratamiento indicado antes del ingreso, intervención en crisis, etc.
- Establecer, claramente, la urgencia de la atención: emergencia, urgencia o rutina.
- Informar previamente al paciente y, si es posible, a los familiares sobre la visita psiquiátrica.
- Referir precozmente, en cuanto se detecte la necesidad.
- Identificarse claramente para poder devolver información o planificar tratamiento.
- Registrar en la historia clínica lo registrado en la hoja de interconsulta.
- Informar al personal de enfermería sobre la interconsulta y las cuestiones que se requiere resolver.

7.2. CARACTERÍSTICAS IDEALES DE UNA RESPUESTA DE INTERCONSULTA

- Responder con celeridad a la interconsulta formulada.
- Establecer el nivel de urgencia: consulta urgente, preferente o rutinaria.
- Identificar el problema. Hay que tomarse el tiempo necesario para comprender los factores psicosociales que explique el paciente.

- Ser flexible.
- Respetar los derechos de los pacientes, informándoles de quién ha solicitado la interconsulta.
- Recoger la información de las fuentes antes mencionadas.
- Seguir un modelo biopsicosocial. Considerando los factores de predisposición, los precipitantes y la gravedad.
- Hacer un diagnóstico diferencial de forma razonada.
- Hacer recomendaciones breves y específicas, orientadas a objetivos asumibles sin utilizar terminología psiquiátrica infrecuente.
- Informar y explicar los hallazgos y recomendaciones al médico que ha solicitado la interconsulta.
- Hacer el seguimiento del paciente hasta el alta hospitalaria o hasta la consecución de los objetivos de la interconsulta; con posterior derivación a las consultas externas si precisara.
- Destacar el valor y la función de la psicoterapia en la consulta ambulatoria.
- No asumir aspectos del cuidado médico del paciente si no se solicita.
- Educar a los administradores sanitarios en las ventajas de la reducción de costes que ofrece la interconsulta psiquiátrica.
- Trabajar cooperativamente con la gerencia y la plantilla del servicio para optimizar el proceso económico.

8. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS/FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEMANDA

Sin excepción, todas las publicaciones sobre morbilidad psiquiátrica coinciden en que el medio hospitalario, en particular, y toda situación de enfermar son situaciones de alto riesgo de descompensación psíquica. Esta población se caracteriza por una elevada incidencia de trastornos psíquicos. Los trabajos epidemiológicos en esta línea de Goldberg y otros autores insisten en ello y demuestran que la proporción de enfermos ingresados en el hospital por causa no psiquiátrica, pero que presentan trastornos subsidiarios de ser atendidos por el especialista, es

significativamente importante. La prevalencia de trastornos psíquicos en enfermos médicos se considera entre el 30 y el 60%. Lipowski encuentra entre éstos que sólo entre el 3 y el 14% precisan la intervención del psiquiatra, mientras que el resto de problemas puede ser solucionado por el personal sanitario del propio servicio.

La distribución de los diagnósticos psiquiátricos es muy similar en los diferentes hospitales (tabla 3).

Tabla 3.

DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA %
Trastornos afectivos.	14-50
Trastornos por sustancias.	7-31
Trastornos de la personalidad.	5-22
Trastorno mental orgánico.	12-18
Trastornos por ansiedad.	1-12
Trastornos psicóticos.	5-30

9. LA ASISTENCIA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS COMO INTERCONSULTORES

Desde el punto de vista clínico lo más frecuente es que los servicios de atención de urgencias psiquiátricas hayan evolucionado hacia la especialización de tal manera que al igual que se habla de medicina de emergencias, también se habla de psiquiatría de emergencias. Esto motiva a que se introduzcan métodos y herramientas de trabajo que se emplean en la organización asistencial de la misma manera que se hace en las emergencias generales.

Por otro lado, se introducen mejoras en el lugar de la atención y se amplían las ofertas asistenciales.

Así se desarrollan los servicios de urgencia hospitalaria especializados en psiquiatría que están bien diferenciados de los servicios de urgencia general. Son servicios diseñados estructuralmente para el abordaje de los problemas urgentes del paciente psiquiátrico, con un equipo multidisciplinar especializado. Las ventajas son evidentes, ya que por un lado se dispone de los recursos médicos para la correcta evaluación médica general y psiquiátrica y por otro lado, en un entorno aislado que reducirá los riesgos, permitiendo una completa evaluación psiquiátrica y una gestión del caso más adecuada.

Con el afán de ampliar ofertas asistenciales, estos servicios se integran, participan y coordinan con programas comunitarios.

Sin embargo no siempre es así y existen servicios de psiquiatría que organizan las urgencias psiquiátricas desde un modelo de interconsulta en las urgencias generales. De modo que, los pacientes que acuden son atendidos, en un primer momento, por un médico general quien realiza una primera evaluación y funciona como "triaje" con el fin de determinar la presencia de problemas que puedan interferir en la clínica que presenta el paciente. La ventaja de este tipo de intervención es una mejor selección de los pacientes que acuden con una auténtica urgencia psiquiátrica; así como una detección precoz de la existencia de factores médicos graves que pueden estar influyendo o agravando la clínica psiquiátrica y podría comprometer la vida del paciente. Por el contrario, es un sistema que precisa de redes de comunicación asentadas entre los diferentes estamentos, que favorezcan y permitan un intercambio fluido de información y conocimientos relacionados con las enfermedades médicas que presentan sintomatología psiquiátrica y viceversa.



RECOMENDACIONES CLAVE

El psiquiatra interconsultor, en el área asistencial, se encarga de responder a las consultas psiquiátricas de los médicos no psiquiatras, a la vez que los estimula para que estén más atentos a los problemas psiquiátricos y psicosociales de sus pacientes. En el área de la docencia se debe encargar de la formación psiquiátrica y psicosocial de estudiantes de medicina y residentes. Y finalmente se encarga de la investigación en aspectos relacionados con las consecuencias psiquiátricas y psicosociales de una enfermedad o lesión física, trastornos somatoformes, prevalencia de los trastornos psiquiátricos en pacientes médicos.

Su intervención deberá ser rápida, eficaz y de fácil comprensión para los médicos no psiquiatras. Además, deberá ayudar a los profesionales de la salud en el tratamiento de los pacientes, no sólo mediante el apoyo psicológico, sino también en la instrucción y formación de temas relacionados con el cuidado del paciente.

Es complicado mantener la confidencialidad absoluta en la interconsulta de psiquiatría; el médico solicitante espera una respuesta del psiquiatra interconsultor, más allá de si el paciente se beneficia de la información.

La prevalencia de trastornos psíquicos en enfermos médicos se considera entre el 30 y el 60%. Lipowski encuentra entre éstos que sólo entre el 3 y el 14% precisan la intervención del psiquiatra, mientras que el resto de problemas puede ser solucionado por el personal sanitario del propio servicio.

10. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Rojo JR, Cirera E. Interconsulta psiquiátrica. 1ª ed. Barcelona: Ed. Masson. 1997.

Vallejo J. Introducción a la psicopatología y psiquiatría. 6ª ed. Barcelona: Ed. Masson Elsevier. 2006:783-98.

Kaplan BJ, Sadock VA. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencia de la conducta/Psiquiatría clínica. 9ª ed. Buenos Aires: Ed. Lippincott Williams & Wilkins. 2003:843-50.

Ruiz S. Psiquiatría de enlace: la otra mitad de la medicina. Teoría, práctica e investigación. 1ª ed. Madrid: Ed. Aran. 2004.

Interconsultas y enlace en psiquiatría. Torres Barrenechea R. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile. 1994;23:92-96.

11. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Ayuso JL. La psiquiatría en el hospital general. 1ª ed. Madrid: Ed. Paz Montalvo. 1976.

Archivos de Neurobiología. Psiquiatría de interconsulta y enlace. Suplemento 2. 1997.

Levenson JL. Tratado de medicina psicosomática. 1ª ed. Barcelona: Ed. Grupo Ars XXI de Comunicación. 2006:3-15.



107. ENLACE



Autoras: Irene Sanchis Marco y Susana Arnau Garví
Tutor: Jesús Bedate Villar
Hospital General Universitario de Valencia. Valencia

CONCEPTOS ESENCIALES

Psiquiatría de enlace:

Conjunto de actividades asistenciales, docentes, investigadoras y de gestión, desarrolladas por los profesionales de Salud Mental en el área médico-quirúrgica del hospital general.

Medicina psicosomática:

Práctica clínica con una orientación humanista, también denominada medicina holista o antropológica.

Unidad de psicosomática y psiquiatría de enlace (UPPE):

Unidad específica, multidisciplinar integrada por diversos profesionales en donde se desarrollan las actividades de enlace.

1. CONCEPTOS BÁSICOS

La psiquiatría de interconsulta y enlace en sentido amplio, es la disciplina que se encarga de la atención psiquiátrica a pacientes médico-quirúrgicos del hospital general.

↑ En sentido estricto, la actividad de “enlace” hace referencia al conjunto de actividades asistenciales, docentes, investigadoras y de gestión desarrolladas por los profesionales de Salud Mental en el área médica o quirúrgica del hospital general.

El término psiquiatría de enlace supone la incorporación del psiquiatra en el equipo médico o quirúrgico para desarrollar programas específicos orientados a la atención integral del paciente. En estos casos se realizan intervenciones más complejas que las de psiquiatría de interconsulta cuyo término hace referencia a la atención psiquiátrica individual y oca-

sional realizada por un psiquiatra a demanda de otro especialista.

Finalmente, el concepto de medicina psicosomática o simplemente psicosomática se emplea haciendo referencia a la práctica clínica de la psiquiatría o de la medicina en general con una concepción humanista también denominada holística o antropológica porque su objetivo es una atención integral del enfermo.

Las actividades de la psiquiatría de enlace se desarrollan en unidades específicas y multidisciplinarias, que reciben diversos nombres como Unidades de Psicosomática y Enlace (UPPE), Unidades de interconsulta y enlace o unidades de psicosomática, y que están integradas por diversos profesionales: psiquiatras, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales.



2. HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA DE ENLACE

La psiquiatría de interconsulta y enlace tiene sus orígenes alrededor del año 1930 cuando en Europa y EE.UU. se organizaron los primeros servicios en algunos hospitales generales. En los años 70 y 80 del siglo pasado cobraron un gran auge y se fueron desarrollando hasta constituir una subespecialidad psiquiátrica, que fue aprobada en EE.UU. oficialmente en el año 2003 con el nombre de Medicina Psicosomática. El primer examen de acreditación tuvo lugar en Junio del 2005.

En nuestro país, las primeras UPPE con su estructura actual aparecieron en la década de los 70 con un desarrollo muy desigual, donde podemos encontrar hospitales dotados de un equipo multidisciplinar de psiquiatría de enlace que trabaja a tiempo completo y con estructuras físicas independientes mientras que en otros sólo hay un psiquiatra que se encarga de la psiquiatría de interconsulta a tiempo parcial compartiendo esta actividad con el trabajo de sala o de consultas externas.

En un trabajo reciente efectuado en 40 centros docentes acreditados en España, sólo el 50% tenían Servicio, Sección o Unidad de psiquiatría de enlace, constituidos en el 70% de ellos por un único psiquiatra y en menos de un tercio de las ocasiones acompañado por un psicólogo y un enfermero. Por lo tanto, en la situación actual la dotación de personal es escasa no alcanzando las necesidades básicas establecidas por el European Consultation-Liaison, de 1 psiquiatra por cada 300 camas además del personal auxiliar.

3. OBJETIVOS DE LA PSIQUIATRÍA DE ENLACE

Los factores que han potenciado el desarrollo de la psiquiatría de enlace y las UPPE son varios. Debido a elevada frecuencia (30-40%) de patología psiquiátrica en los enfermos ingresados en los hospitales generales, si no se atiende adecuadamente dicha patología las consecuencias son:

- La estancia media hospitalaria es más larga.
- El riesgo de complicaciones médicas y de mortalidad es mayor.

- La calidad de la asistencia disminuye.
- Los costes aumentan.

Los objetivos de la psiquiatría de enlace adaptados en nuestro país por el Grupo Español de Trabajo en Psiquiatría de Enlace y Psicopatología (GETPEP), se centran principalmente en la asistencia clínica, pero también son objetivos a desarrollar la docencia, la investigación y la gestión.

4. PROGRAMAS DE PSIQUIATRÍA DE ENLACE

Los programas de psiquiatría de enlace más frecuentes en las UPPE de nuestro país, son por este orden: oncología, cirugía de la obesidad y trasplantes, y a alguna distancia, los de trastornos de las conductas alimentarias, dolor, alcoholismo, cuidados intensivos, hemodiálisis, patología renal, infecciosos (SIDA), endocrinología y conductas de riesgo de suicidio. Expondremos a continuación someramente algunos de ellos.

4.1. ONCOLOGÍA Y ENFERMOS TERMINALES

Gracias a los avances de la oncología, actualmente muchos pacientes con cáncer se curan completamente y otros tienen una esperanza de vida impensable pocos años atrás, por lo que la tarea de los clínicos que trabajan en psicooncología no se centra únicamente en los enfermos terminales, sino que incluye también la adaptación vital tras el diagnóstico de cáncer, la ayuda psicológica para soportar mejor los efectos secundarios del tratamiento oncológico y el diagnóstico de las complicaciones psiquiátricas de los pacientes o de sus familiares y su tratamiento.

La experiencia vital de los enfermos con cáncer incluye las siguientes fases cronológicas: el prediagnóstico, el diagnóstico, el inicio del tratamiento, el tratamiento con los posibles efectos secundarios de la quimioterapia o radioterapia, las recurrencias, el progreso de la enfermedad y en los casos más graves, la fase terminal y los cuidados paliativos. Cada una de las cuales se acompaña de reacciones psicológicas adaptativas que requieren atenciones específicas.

En la fase prediagnóstica el enfermo tiene que enfrentarse al miedo, al dolor, la desfiguración, el aislamiento

y la posibilidad de la muerte. La mayoría de los oncólogos suelen comunicar el diagnóstico a todos los enfermos con cáncer porque consideran que es conveniente para la colaboración del paciente, sin embargo, el médico responsable debería comunicar el diagnóstico de cáncer con tacto y teniendo en consideración la psicología del paciente, procurando proporcionar una esperanza realista. No obstante, algunos enfermos reaccionan con mecanismos defensivos de negación, otros pacientes manifiestan que no quieren saber el diagnóstico confiando ciegamente en los profesionales que les atienden y otros sucumben en una crisis existencial profunda al recibir la información diagnóstica.

El tratamiento del cáncer se asocia frecuentemente con miedo al dolor, a la muerte o a perder definitivamente su capacidad laboral. Cuando la capacidad sexual o la fertilidad han sido afectadas o cuando ha sido preciso amputar una mama, un miembro u otra parte del cuerpo, el paciente tiene que superar el duelo que supone la restricción de sus funciones o la pérdida de parte de su cuerpo.

Al acabar el tratamiento el enfermo oncológico se enfrenta a la amenaza de la recurrencia. La recidiva produce gran angustia y decepción, especialmente en los tumores incurables. El enfermo y sus familiares suelen buscar a la desesperada segundas opiniones que sean más favorables, o acuden a terapias de la medicina alternativa y de los curanderos.

↑ Los enfermos terminales es uno de los mayores retos de la psiquiatría de enlace. Ayudar a los pacientes y a sus familiares para conseguir una muerte “apropiada” requiere que el psiquiatra de enlace se encuentre personalmente cómodo en el trato con cuestiones relacionadas con la muerte. Los problemas psíquicos más frecuentes de los enfermos terminales son: la crisis existencial, la comorbilidad psiquiátrica (ansiedad, depresión, somatizaciones, *delirium*...), el tratamiento del dolor, el apoyo al paciente y a los familiares en la toma de decisiones al final de su vida, la defensa de los intereses del paciente y el entrenamiento del personal sanitario o de los cuidadores.

4.2. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y TRASPLANTES

Los problemas psíquicos de estos enfermos pueden empezar en el preoperatorio en tres áreas principales:

- Ansiedad prequirúrgica y rechazo a la intervención del cirujano que puede estar sólidamente fundada o simplemente basada en la fantasía del enfermo con ideas preconcebidas falsas.
- Tratamiento psicofarmacológico previo; hay que valorar la conveniencia de su retirada o de su mantenimiento, hablando abierta y conjuntamente con el cirujano y con el anestesiista de los inconvenientes y las ventajas de ambas decisiones.
- Competencia y consentimiento informado. Cuando el enfermo se niega a una intervención quirúrgica aparentemente necesaria puede ser imprescindible la intervención del psiquiatra de enlace para declarar al enfermo incompetente y poder realizar la intervención con la autorización judicial y el consentimiento del tutor legal.

Durante el postoperatorio las complicaciones psiquiátricas más frecuentes son los cuadros confusionales con agitación como el delirium, la abstinencia de sustancias de abuso en personas con dependencia de alcohol, benzodiazepinas u opiáceos, el control adecuado del dolor postoperatorio y la ansiedad tras la desconexión de un respirador.

La psiquiatría de enlace es especialmente útil en las unidades de quemados con orientación psicológica en los momentos iniciales del tratamiento como en las intervenciones quirúrgicas de reconstrucción o en la fase de adaptación a largo plazo ayudando al enfermo a superar el duelo, facilitar la expresión emocional o evitar las conductas regresivas.

La psiquiatría relacionada con los trasplantes de órganos se ha desarrollado en paralelo al extraordinario crecimiento del número de trasplantes quirúrgicos en las últimas décadas. El psiquiatra en este campo debe aportar sus conocimientos y experiencia integrado en el equipo de trasplantes como un miembro más. Se encarga del diagnóstico y tratamiento de los trastornos psíquicos de los donantes y de los receptores de órganos, pero con frecuencia participa también en la selección y evaluación psíquica de los candidatos para ser trasplantados y ofrece asesoramiento psicológico ante los problemas interpersonales entre el paciente y el equipo médico. Como el resto del los miembros del equipo, debe estar familiarizado con los aspectos científicos-éticos,



legales y políticos relacionados con los trasplantes de órganos.

4.3. CUIDADOS INTENSIVOS Y DIÁLISIS

Todos los pacientes de las unidades de cuidados intensivos (UCI) padecen enfermedades físicas muy graves y los síntomas y trastornos psíquicos generalmente secundarios a estas enfermedades o a los tratamientos aplicados originan reiteradas consultas psiquiátricas. En las UCI los cuadros confusionales como el delirio son tan frecuentes que no suelen solicitar consulta psiquiátrica a menos que el paciente presente también agitación.

En algunos hospitales se han organizado planes programados de psiquiatría de enlace con el fin de disminuir la frecuencia y la intensidad de los trastornos mentales. Dichos planes incluyen habitualmente los siguientes aspectos:

- Evaluación psíquica sistemática de todos los pacientes, a pesar de las dificultades de exploración en enfermos críticos.
- Revisión de algunas prácticas terapéuticas que pueden aliviar o eliminar los síntomas psiquiátricos como, por ejemplo, evitando la hipoxia o la hipoglucemia.
- Extremar las precauciones en el empleo de los psicofármacos, controlando la respuesta a los mismos y vigilando los efectos secundarios.
- Optimizar el entorno proporcionando ambiente más tranquilo o permitiendo determinadas visitas de familiares que sean beneficiosas.
- Intervenciones psicoterapéuticas breves con el enfermo o con los familiares.
- Organización del personal de enfermería y ayuda psicológica al personal sanitario.
- Protocolizar las contenciones mecánicas por indicación psiquiátrica.
- Evaluación psiquiátrica continuada con visitas frecuentes.

En las unidades de diálisis (UD) los pacientes deben soportar una enfermedad crónica y además aprender a vivir dependiendo de una máquina y de los profesionales que le están tratando. Algunos de estos pacien-

tes tienen mecanismos de defensa de negación y de regresión que se manifiestan con una baja adhesión a las indicaciones terapéuticas y cumplimiento irregular de las sesiones de diálisis. Son frecuentes en las UD los trastornos mentales como depresiones con ideación suicida o trastornos de ansiedad.

Cuando se organizan planes de psiquiatría de enlace en las unidades de diálisis, los enfermos son entrevistados periódicamente por el psiquiatra, realizando una evaluación psicopatológica y en su adaptación psicosocial a la vida diaria. Las intervenciones terapéuticas en estos programas incluyen psicoterapias individuales y de grupo, grupos de autoayuda y tratamientos con psicofármacos.

4.4. DOLOR CRÓNICO

El dolor es un síntoma frecuente en los enfermos mentales y muchos enfermos con dolores crónicos sufren síntomas psicopatológicos propios de enfermedades mentales como queda reflejado en múltiples estudios. Dicha comorbilidad complica tanto el curso y el tratamiento del dolor como de las enfermedades mentales asociadas.

En la asociación del dolor con los trastornos mentales, teóricamente, caben tres posibilidades:

- Dolor y trastornos mentales independientes.
- Trastornos mentales reactivos al dolor como los estados afectivos ansiosos y depresivos provocados por el dolor.
- Dolor de origen psíquico como síntoma de una enfermedad mental.

La patología psiquiátrica más frecuente en los enfermos con dolor crónico es sin duda la depresión, pues alrededor del 25% de los pacientes con dolor crónico cumplen criterios diagnósticos de depresión mayor, pero las cifras son aún mayores si se incluyen otros tipos de depresiones como la distimia depresiva, la depresión bipolar o el trastorno adaptativo con síntomas depresivos.

4.5. OBSTETRICIA, GINECOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Los especialistas en obstetricia y ginecología se ocupan de situaciones con alta resonancia afecti-

va. La formación en obstetricia y ginecología que se ofrece en las universidades se ocupa muy poco de los aspectos psicológicos, culturales, sociales y psiquiátricos de la profesión. Además, los profesionales de la salud mental están poco familiarizados con la obstetricia y la ginecología, y no suelen preguntar o aconsejar sobre el uso de contraceptivos, la salud sexual, los efectos secundarios de medicamentos sobre la actividad sexual, las enfermedades de transmisión sexual, relación entre síntomas psiquiátricos y sexualidad.

Las consultas psiquiátricas que realizan obstetras y ginecólogos suelen ser debidas a trastornos de conducta de la paciente, al rechazo de las recomendaciones médicas, síntomas que no responden a los diagnósticos ni a los tratamientos habituales, cuestiones médico-legales o conflictos entre la paciente y el equipo médico que normalmente implican importantes decisiones sobre la fertilidad y la maternidad.

La psiquiatría de enlace también interviene en problemas de infertilidad, embarazo en adolescentes, aborto, complicaciones psiquiátricas en el embarazo y posparto, menopausia y trastornos de la identidad sexual.

En definitiva, la consulta psiquiátrica en obstetricia y ginecología comprende un gran número de desafíos éticos, científicos, educativos y clínicos que abarcan desde el nacimiento hasta la muerte. Los psiquiatras de enlace que están familiarizados con los aspectos médicos y psicológicos de la obstetricia y la ginecología, pueden colaborar a superar las crisis, aliviar el sufrimiento y la discapacidad, y potenciar la salud de las futuras generaciones.

4.6. CARDIOLOGÍA

La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en los países industrializados. Aunque algunos pacientes experimentan una enfermedad mortal súbita, otros muchos padecen una enfermedad de evolución crónica con un impacto sustancial sobre sus vidas. Las relaciones entre la psiquiatría y la enfermedad cardiovascular son complejas. Se han identificado muchos estados y rasgos psicológicos como factores contribuyentes al riesgo de aparición o exacerbación de cardiopatías, como la ansiedad, la ira, el patrón conductual tipo A, la depresión, el

estrés y los trastornos del sueño. Las conductas de sobrealimentación y el consumo de tabaco o alcohol, también incrementan el riesgo de cardiopatía.

Inversamente, la aparición de una cardiopatía parece contribuir al riesgo de numerosos problemas psiquiátricos, especialmente depresión, ansiedad y trastornos cognoscitivos. Verse a uno mismo como un paciente cardiópata tiene efectos en todos los ámbitos del desarrollo psicológico: aumenta la preocupación por la dependencia, la autonomía, el control y la capacidad de cuidar de otros, pérdida de autoestima, así como temores sobre la vitalidad, sexualidad y mortalidad. De hecho, la depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en los pacientes con cardiopatía isquémica, mientras que el delirium lo es en los pacientes de cuidados intensivos tras la cirugía cardíaca.

Los fármacos y otros tratamientos cardiológicos tienen también frecuentemente efectos psiquiátricos. Por ello y a fin de proporcionar una consulta efectiva, el psiquiatra de enlace debe poseer conocimientos sólidos sobre los trastornos cardíacos y su tratamiento, pero también debe ser consciente de la relación entre los factores psicosociales y la enfermedad cardiovascular.

Exponemos a continuación a modo de ejemplo (tabla 1) un programa de prevención y rehabilitación cardíaca para pacientes que han sufrido un infarto de miocardio, en el que intervienen psicólogos y psiquiatras en colaboración con profesionales de distintas especialidades con la finalidad de conseguir una atención integral de alta calidad.

4.7. ATENCIÓN PRIMARIA

Las actividades de enlace con atención primaria desde el hospital general son prioritarias ya que algunos pacientes médico-quirúrgicos con morbilidad psíquica son dados de alta sin que haya remitido su trastorno psiquiátrico y la psicopatología perdura durante bastante tiempo tras el alta. Además, se ha encontrado que en una gran proporción de los informes de alta de pacientes atendidos por la UPPE, la información referente a la enfermedad mental no le llega al médico de atención primaria o es claramente deficiente. Con todo esto parece justificada la conveniencia de establecer un programa específico de



Tabla 1. Programa de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca

Contactos periódicos: control de casos, docencia, investigación		FASE I UCI y Sala	FASE II Extrahospitalaria
	Cardiología	Valoración física y adscripción a uno de los 3 grupos de riesgo.	Visitas semanales Talleres de promoción salud.
	Med. Física RHB	Pauta de fisioterapia, según grupo de riesgo.	Ejercicio físico 2-3 veces/semana.
	Psicología	Toma de contacto. Entrevista breve.	Sesiones relajación. Charlas (info. estrategias afrontamiento, motivación). Atención individual.
	Psiquiatría	Interconsulta (si se precisa).	Inicio o control de tratamiento farmacológico de clínica depresiva. Remisión a USM tras finalizar el programa.

psiquiatría de enlace que incluya reuniones periódicas con los equipos de atención primaria.

5. CONCLUSIONES

La psiquiatría de enlace en los países europeos y en España en particular, está desarrollándose conjuntamente con la psiquiatría de interconsulta y de medicina psicosomática, aunque la dotación de las unidades de psicosomática y enlace en nuestros hospitales no es la ideal.

↑ La formación específica en psicosomática y enlace de los médicos residentes de psiquiatría es muy importante y tienen que dedicarle a dicha formación un período de cuatro meses durante los tres primeros años de formación según queda reflejado en el programa formativo de la especialidad de psiquiatría de la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo CO/2616/2008.

RECOMENDACIONES CLAVE

La relación terapéutica basada en la empatía, la confianza y el respeto a la intimidad del paciente es conveniente no sólo en la relación con los enfermos mentales sino también con los enfermos de otras especialidades.

Es conveniente aprender a comunicarse con otros profesionales sanitarios y colaborar activamente con ellos en actividades multidisciplinarias, procurando siempre que nuestra participación se entienda como una cooperación y no como una intrusión o un juicio.

Hay que fomentar el enfoque integral de tipo biopsicosocial entre otros profesionales sanitarios porque es la base de una atención médica de alta calidad, que va a tener consecuencias positivas tanto para el paciente como para los profesionales.

6. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Levenson JL. Tratado de Medicina Psicosomática. Barcelona: Ed. Ars Médica. 2006.

Rundell JR, Wise MG. Fundamentos de Psiquiatría de Enlace. Barcelona: Ed. Ars Médica. 2001.

Rojo Rodes JE, Cirera Costa E. Interconsulta Psiquiátrica. Madrid: Ed. Masson AS.1997.

Wyszynski A, Wyszynski B. Manual de Psiquiatría para pacientes con enfermedades médicas. Madrid: Ed. Masson. 2006.

Gómez-Reino Rodríguez I. Aspectos psiquiátricos y psicológicos de los pacientes médico-quirúrgicos. Manual de formación de psiquiatría de enlace. Orense: Ed. Centro Galego de Arte Contemporáneo. 2008.

7. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace. <http://www.editorialmedica.com/cuadernos.php> (Consultado el 26/09/09). Revista oficial de la Red Española de Psiquiatría de Enlace y Psicosomática (REPEP).

Sociedad española de Medicina Psicosomática. <http://www.semp.org.es> (Consultado el 26/09/09). Información sobre reuniones y actividades de la sociedad.

Psychosomatics. <http://psy.psychiatryonline.org/> (Consultado el 26/09/09). Revista oficial de la Academy of Psychosomatic Medicine de EE.UU.

General Hospital Psychiatry. <http://www.ghpjournals.com/home> (Consultado el 26/09/09). Revista de Psiquiatría, Medicina y Atención Primaria con un enfoque biopsicosocial.





108. PSICOLOGÍA DE LA SALUD



Autores: Josué Monzón y Juan Pablo Girbau
Tutora: Rosario Cejas
Hospital Universitario de Canarias. Tenerife

CONCEPTOS ESENCIALES

La psicología de la salud trata de entender y actuar sobre los factores que influyen en la causa y experiencia de enfermar desde un modelo biopsicosocial.

La enfermedad provoca la ruptura con el modo de vida habitual del sujeto. Pérdida de la independencia, de la autonomía y a menudo de la individuación.

La psicología de la salud ayuda al enfermo y a sus cuidadores al desarrollo de mecanismos de afrontamiento que contribuyan a una mejor calidad de vida.

1. INTRODUCCIÓN

A finales de los años 60 del siglo XX, William Schofield hace notar la escasa presencia de la psicología en el campo de los servicios de salud. Una década después y con escasamente una treintena de años de existencia como subespecialidad de la psicología clínica, quedan perfilados los principales objetivos de la psicología de la salud (Matarazzo), definida como los factores biopsicosociales que inciden en:

- Mantenimiento y promoción de la salud.
- Mejora de los sistemas de asistencia y política sanitaria.
- Prevención y tratamiento de las enfermedades.
- Causas de las enfermedades (factores de riesgo/vulnerabilidad...).

➔ La psicología de la salud se mueve en un modelo biopsicosocial y con la pretensión de conocer de manera multivariante los factores que influyen en la causa y experiencia de la enfermedad (biomédicos, sociales, psicológicos); adopta para ello la postura

epistemológica predominante actualmente: el monismo dual (existen en el enfermar, y partiendo de una misma materia (monismo) causas subyacentes orgánicas y/o conductuales (objetivas) que suscitan respuestas singulares individuales debidas a la acción de la mente (subjetivas). Se aleja por tanto de posiciones más afines a la clásica división mente-cerebro o mente-cuerpo, propias del dualismo, el reduccionismo psicofísico, etc. Aunque también se aleja de los clásicos presupuestos de la medicina psicosomática ya que considera que cualquier enfermedad humana es susceptible de ser condicionada por factores internos y externos al sujeto y no sólo las de clásica influencia psicológica (asma, fibromialgia, colon irritable).

Existen posiciones más críticas que otorgan mayor importancia a los aspectos moduladores externos al individuo (o a las comunidades) y su influencia en el enfermar y estar enfermo (poderes y decisiones desde el ámbito político, intereses de la industria, aspectos culturales y religiosos), critican un modelo contemplado como excesivamente ingenuo de la pretendida integración de lo biopsicosocial.



Debido a esta complejidad, en la actualidad existen cuatro enfoques de la psicología de la salud:

- Psicología clínica de la salud.
- Psicología de la salud pública.
- Psicología comunitaria de la salud.
- Psicologías críticas de la salud.

2. ¿QUÉ ES LA SALUD?

Múltiples estudios han sido realizados para intentar comprender lo que las personas entienden por salud. Lo que dichos estudios arrojan como conclusiones se pueden relacionar con sentimientos, orientación a los síntomas y rendimiento, es decir, la salud es una sensación de bienestar, la ausencia de síntomas de enfermedad y las cosas que se pueden hacer cuando se está en buenas condiciones físicas (teorías ingenuas).

Por otro lado existen representaciones sociales de la salud que incluyen la autopercepción y la comparación con los demás y por tanto como un estado relativo.

Las perspectivas interculturales sobre la salud matizan el concepto de lo normal (como norma). Las sociedades occidentales han compartimentado, en base a las distintas ofertas de cuidados especializados, en cuerpo, mente y alma. Además ciframos el éxito y el bienestar en el logro personal. Otras culturas consideran la salud como el bienestar de todos los componentes del hombre y su asiento en el mundo o como bienestar de toda la colectividad (África y Oriente respectivamente).

Pero lo que todavía sustenta nuestra idea de salud, al menos desde las posiciones oficiales, es la definición de la Organización Mundial de la Salud. Esta definición considera que los individuos se merecen, en un mundo ideal, estar en un estado positivo, tener una sensación de bienestar y de funcionamiento pleno. Lo que no se aborda de forma tan clara son las influencias culturales y socioeconómicas sobre la salud ni hace una mención explícita del papel de la psique en la experiencia de la salud y la enfermedad.

3. ENFERMAR

La enfermedad provoca signos corporales y síntomas de enfermedad y pueden darse por separado.

Se ha demostrado que solamente una tercera parte de la población que padece algún síntoma acude finalmente a solicitar atención médica.

Trastorno es lo que experimenta el paciente.

Enfermedad es lo que diagnostica un médico y por tanto supone la entrada en el sistema de atención sanitaria. De manera general podemos decir que una persona esta enfermado cuando:

- Percibe síntomas: depende de señales físicas y somáticas, nivel atencional, contexto, atribución, (importante es la divulgación de información en los medios, o el contexto del conocimiento: enfermedades psicógenas colectivas, síndrome del estudiante de medicina, etc...)
- Interpreta los síntomas como enfermedad: los síntomas se perciben con más atención si son dolorosos, perturbadores, novedosos, persistentes... Desde luego, enfermedades graves tienen en ocasiones poca expresividad, por lo que no son indicadores fiables de necesidad de atención médica.
- Planificación de la acción y acción.

Existen influencias sociales para la percepción de los síntomas y diferencias individuales (edad, sexo, rasgos de personalidad, emociones).

Probablemente las mujeres tienden a prestar más atención a estados internos, suelen acudir más a consultas y prestan más atención y consultan más a sus redes de apoyo (expertas o no). Los hombres en cambio se ven más cohibidos a la hora de mostrar su debilidad, especialmente en el mundo latino y mediterráneo.

Las personas con ánimo positivo se consideran más fuertes y sanas mientras que aquéllas con mayor nivel de neuroticismo y afectividad negativa suelen referir más síntomas.

La relación médico paciente influye no sólo en el primer contacto que la persona enferma tiene con el sistema proveedor de salud (demora de diagnóstico, de tratamiento) sino también en el posterior seguimiento, adhesión al tratamiento y comunicación en relación a la toma de decisiones. Se han analizado

los nuevos enfoques de comunicación (centrado en el paciente, toma de decisiones compartidas...) y los resultados dependen del tipo de enfermedad, su gravedad, el nivel socioeducativo, el sexo, etc.

Se ha demostrado que una escucha empática, no técnica (con menor jerga biomédica), fomentando la participación y comprensión del paciente, mejora todos los aspectos del proceso comunicativo y terapéutico.

4. ESTRÉS, SALUD Y ENFERMEDAD

Se ha analizado el estrés de diversas maneras: como un estímulo o suceso externo a un individuo, como una transacción psicológica entre un suceso y las características cognitivas y emocionales del individuo o como una reacción física o biológica.

La dificultad estriba en qué, cómo, y cuánto de estresante resulta un suceso vital para un individuo dado. Para ello se han propuesto diversos modelos, entre los que destaca la teoría de los eventos vitales (Holmes y Rahe) que otorga a cada ítem (fallecimiento del cónyuge, divorcio, jubilación, vacaciones) un valor medido en unidades de cambio vital (crisis de cambio vital leve, moderado y grave). Las críticas surgen de lo antes expuesto, por ejemplo, el divorcio puede ser para unos un suceso devastador y para otros una liberación.

El estrés como transacción: importante aquí el modelo propuesto por Lazarus y Smith, sostenía que cuando un individuo debe hacer frente a una situación o entorno nuevo y cambiante, desarrolla un proceso de valoración que puede ser primario (analiza la naturaleza del suceso-estímulo con la participación del ego y con posibilidad de desencadenar respuestas de ira, amenaza a la autoestima, etc...) o secundario, por el que uno desarrolla las propias capacidades de afrontamiento así como los recursos tanto internos como externos (apoyo social, dinero) y que son :

- Responsabilidad interna/externa; culpa/mérito.
- Potencial de afrontamiento centrado en los problemas o instrumental.
- Potencial de afrontamiento centrado en las emociones.
- Expectativa futura sobre el cambio de situación.

Las emociones relacionadas con la valoración pueden ser de pérdida o daño, de amenaza o de reto. Los factores del suceso que afectan a la valoración: que sean inminentes, momentos inesperados de la vida, impredecibles, ambiguos (respecto al rol a asumir), que impliquen un cambio vital (nacimiento de un hijo, cambio de ciudad...) o que no se tenga control alguno sobre el suceso, entre otros.

El estrés como respuesta fisiológica (dentro del llamado síndrome general de adaptación -Selye-) que incluye cuatro etapas cronológicas: reacción de alarma, etapa de resistencia y etapa de agotamiento en la que surgen una drástica reducción de la energía y enfermedades de adaptación (cardiovasculares, asma...).

Se ha demostrado la importancia del estrés en la regulación inmunológica y su relación indirecta, aunque queda por definir su participación directa en el desarrollo de enfermedades (cardiovasculares y cáncer principalmente).

5. ESTRÉS Y PERSONALIDAD

Los rasgos de personalidad como estructuras dimensionales estables y duraderas, proporcionan un medio útil para tipificar patrones de conducta; hay varios modelos de asociación entre variables de la personalidad, la salud y la enfermedad:

- Tradición psicósomática (patrón de conducta tipo A y las enfermedades cardíacas).
- La personalidad puede promover una conducta poco saludable y de riesgo.
- La personalidad podría desempeñar un papel en la progresión de la enfermedad (es posible que los individuos hostiles no utilicen bien sus recursos de apoyo social).
 - Personalidad tipo A (competición, urgencia, demostración de irritabilidad e ira, conducta orientada a la consecución, habla compulsiva...) frente a personalidad tipo B (lo opuesto), tradicionalmente se ha incluido a la A como susceptible de padecer enfermedades cardiovasculares, recientes estudios arrojan resultados contradictorios y colocan a la B como susceptible de padecer un segundo infarto con mayor rapidez que los A,



probablemente debido a conductas de mayor actividad, urgencia y acción de estos frente a la mayor sumisión y conformismo del grupo B.

Hostilidad e ira, según el tipo, aquellos con ira inhibida tienen mayor riesgo de HTA; aquellos con ira expresada tienen mayor riesgo de hábitos tóxicos.

- Personalidad tipo C: cooperativo, cumplidor, pasivo, poco asertivo, estoico, tendencia a inhibir las emociones negativas (ira), se ha relacionado con mayor riesgo de padecer cáncer, mientras que aquellos individuos con tendencia a expresar sus emociones tienen menos riesgo y además tendrían mayor espíritu de lucha en caso de padecerlo.
- Personalidad tipo D: son socialmente inhibidos y con elevada afectividad negativa, al parecer, con mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

En contraposición, la personalidad resistente es aquella que no enferma al presentar estrés, se caracteriza por haber presentado experiencias ricas y gratificantes en la infancia y la presencia de las tres C: compromiso, control, y reto (*commitment, control & challenge*).

■ Estrés y cogniciones.

Teoría del control percibido. El locus de control, derivado de la teoría del aprendizaje social de Rotter, clasificando a los individuos en función de su creencia interna o externa (un individuo interno asumirá la responsabilidad, se cree que con un sistema cognitivo más eficaz), aunque no queda claro que el excesivo control sea completamente beneficioso, generando creencias irreales de poder e interrumpiendo los procesos de afrontamiento centrado en los problemas.

6. EL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD SOBRE LA CALIDAD DE VIDA

La definición de salud de la OMS nos presenta un concepto de salud muy similar al de calidad de vida: “estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no meramente la ausencia de enfermedad.” Se trata de un concepto importante que engloba la creencia subjetiva de una persona sobre la calidad de diversas áreas vitales que tienen importancia para ese individuo. Se han descrito una serie de influencias

sobre la experiencia de la calidad de vida, incluyendo aspectos de la enfermedad y de su tratamiento, así como aspectos relativos al individuo, como su edad, estado de ánimo o grado de apoyo social.

A pesar de las dificultades para definir y medir con claridad la calidad de vida, hay un creciente reconocimiento de la necesidad de hacerlo y de que la investigación y la práctica miren más allá de los resultados clínicos tradicionales de la enfermedad, como la discapacidad, la sintomatología y la mortalidad, en busca de resultados psicosociales más holísticos. Aunque existe una evidencia creciente de la inclusión de la evaluación de la calidad de vida en los ensayos clínicos de los tratamientos o en las intervenciones psicosociales, sigue abierto el debate de si se evalúa mejor de forma objetiva o subjetiva, genérica o específica. Una de las metas del análisis psicosocial de la calidad de vida es constatar los indicadores de bienestar “objetivos” presentes en una sociedad y “subjetivos” presentes en la experiencia de la persona.

La enfermedad produce una ruptura del comportamiento y modo de vida habitual del sujeto, generando una situación de desequilibrio, que es, en último extremo, lo que se suele denominar “situación estresante”, y que pone a la persona en la necesidad de afrontarla para conseguir reducirla o adaptarse a ella, cambiándola, cambiando la circunstancia o cambiando la persona misma. En general, la enfermedad, sobre todo la crónica, y su tratamiento, o sus secuelas, modifican nuestras metas, nuestras expectativas, nuestras esperanzas.

En resumen, podemos afirmar que si el estado de salud es un factor determinante de la calidad de vida, la calidad de vida de la persona determina igualmente su estado de salud, siendo un indicador “mixto”, puesto que si bien existen indicadores objetivos de una situación de salud/enfermedad, tan importantes como ellos son los indicadores subjetivos, que se manifiestan mediante autoinforme de las propias personas.

7. EL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD SOBRE LOS PACIENTES Y SUS FAMILIAS

Las dos grandes áreas en las que la enfermedad puede tener un impacto son; sobre el bienestar emocio-

nal del paciente; y sobre la calidad de vida y el estado emocional y físico de los cuidadores informales. Las personas que se relacionan estrechamente con el enfermo también deben ajustarse a la situación de enfermedad y al estrés que conlleva. La adaptación de la familia y amigos a la enfermedad del sujeto, y la manera en que reaccionen ante los esfuerzos de éste por adaptarse a su enfermedad, repercutirá en el resultado adaptativo que logre.

Hay una amplia evidencia empírica sobre los efectos que tiene el cuidado de un familiar o amigo enfermo. Actualmente, las investigaciones realizadas sobre estrés, apoyo social y afrontamiento, ocupan una parte considerable del trabajo que se está llevando a cabo en el campo de la psicología de la salud, tanto desde estudios teóricos como empíricos. También cabe señalar una importante y nueva área de investigación que destaca que las percepciones de la enfermedad y sus consecuencias pueden variar en las parejas que conviven con la enfermedad, y cómo pueden influir estas discrepancias y la interdependencia de la relación sobre una amplia variedad de resultados.

El reconocimiento y la identificación de las consecuencias de la provisión de cuidados permite que se implanten intervenciones para beneficiar a los cuidadores y a aquellos a los que se cuida, además de, potencialmente, a la sociedad en general en cuanto a menores costes sociales y de atención sanitaria de la provisión de los cuidados para los propios cuidadores, que pueden experimentar un estrés significativo, una importante carga o una mala salud.

De forma importante, hemos puesto de relieve que el proporcionar cuidados a un enfermo, o el estar enfermo, no acarrea inevitablemente consecuencias negativas, aunque se sabe que a veces la familia o compañeros pueden ser fuente de estrés y de ansiedad, en lugar de actuar como “amortiguadores” de estos factores. La actitud excesivamente protectora o limitadora de las iniciativas del sujeto para enfrentarse con su enfermedad, por ejemplo, entorpecerá sus procesos de afrontamiento y finalmente su adaptación. En general podemos decir que surgirá un efecto beneficioso de la relación entre apoyo social y afrontamiento, cuando ante una situación estresante las fuentes proveedoras de apoyo consigan aumentar la autoestima del sujeto, ayudarle a regular sus respuestas emocionales y reforzar sus iniciativas

de afrontamiento a la enfermedad (variables, entre otras, facilitadoras de la adaptación del sujeto). Por el contrario, comunicar al enfermo sentimientos de impotencia que bajen su autoestima o mostrar como única alternativa el aspecto negativo de su situación, aumentará su nivel de estrés y sus problemas para llevar a cabo el proceso de afrontamiento.

Un concepto importante es el de “apoyo social” donde se ha incluido todo tipo de recursos del entorno favorecedores del mantenimiento de las relaciones sociales, la adaptación y el bienestar del individuo dentro de un contexto comunitario. Se han establecido asociaciones entre problemas psicológicos y psiquiátricos con factores como el estatus marital, la movilidad geográfica y la desintegración social, en el sentido de que tales problemas se acompañan de falta de vínculos o apoyos sociales adecuados. El apoyo social puede definirse como “una transacción interpersonal que incluye uno de los siguientes aspectos: preocupación emocional (amor, empatía, etc.), ayuda instrumental (bienes y servicios), información (acerca del contexto) o valoración (información relevante para la auto-evaluación)”.

8. EL DOLOR

El dolor es una experiencia emocional (subjetiva) y sensorial (objetiva), generalmente desagradable; se trata de una experiencia asociada a una lesión tisular o expresada como si ésta existiera. Es un fenómeno muy prevalente. Más del 20 por ciento de la población general experimenta un dolor crónico en un momento dado.

La participación tanto de fenómenos psicológicos (subjetivos) como físicos o biológicos (objetivos) en el dolor es variable según el tipo de dolor y el individuo que lo manifiesta. Existen muchos estudios que tratan de establecer dicha interrelación y explicar la vivencia dolorosa.

Se han identificado diversos tipos de dolor:

- Agudo: dura como máximo entre tres y seis meses.
- Crónico: dura más de tres a seis meses; se puede catalogar como dolor crónico benigno y dolor crónico progresivo.



El dolor también se puede definir en función de su carácter: el tipo de dolor, la gravedad y el patrón de dolor.

Dentro de los factores que modulan la experiencia del dolor encontramos:

- Múltiples factores psicológicos y físicos que modifican la percepción sensorial del dolor, unas veces amplificándola y otras veces disminuyéndola
- Personalidad: estado de ánimo, expectativas de la persona, que producen control de impulsos, ansiedad, miedo, enfado, frustración.
- Momento o situación de la vida en la que se produce el dolor.
- Relación con otras personas, como familiares, amigos y compañeros de trabajo.
- Sexo y edad.
- Nivel cognitivo.
- Dolores previos y aprendizaje de experiencias previas.
- Nivel intelectual, cultura y educación.
- Ambiente: ciertos lugares (p. ej. ruidosos, iluminación intensa) tienden a exacerbar algunos dolores (p. ej. cefaleas).
- El grado de atención que se presta al dolor.
- El estado de ánimo del individuo.
- Las creencias de la persona sobre la naturaleza del dolor, incluyendo sus causas y la capacidad de controlarlo.

Las primeras teorías sobre los patrones y la especialidad del dolor, que no tenían en cuenta estos factores psicológicos, no tuvieron éxito para explicar las diversas formas en que se puede experimentar el dolor. Melzack y Wall desarrollaron, en 1965, un modelo más complejo para un circuito en el asta dorsal de la médula espinal responsable de la transmisión dolorosa. A este modelo lo llamaron "sistema de control por compuerta"; en el cual la información específica de los órganos sensoriales genera patrones de actividad central, susceptible de ser modulada. Cualquier modelo del dolor tiene que tener en cuenta cómo afectan los factores psicológicos a la percepción del dolor. La teoría de la compuerta sugiere que:

Los nervios aferentes transportan los mensajes del dolor hasta la sustancia gelatinosa y, después, a través del mecanismo de compuerta espinal hasta el cerebro.

Al mismo tiempo, los procesos psicológicos influyen sobre la actividad de los nervios que van del cerebro a la médula espinal.

La activación de ambos sistemas provoca la producción de varios elementos químicos en la entrada (sustancia gelatinosa) y algunos "abren" la compuerta del dolor, mientras que otros la "cierran". Los principales elementos químicos implicados en la reducción de las sensaciones de dolor en la sustancia gelatinosa son las endorfinas.

Recientemente se ha relacionado a la corteza del cíngulo, así como a la formación reticular y a algunas estructuras límbicas, con la actividad de una red neuronal denominada por Melzack como neuromatriz. La importancia del concepto "neuromatriz" se ha centrado en un posible mecanismo de génesis para el miembro fantasma doloroso y el dolor central. Esta efervescencia de conocimientos y propuestas se han constituido en una nueva perspectiva para entender y tratar no sólo el fenómeno doloroso denominado patológico, sino también es posible que aclaren los padecimientos psiquiátricos o campos tan importantes como el de la psicología evolutiva y el de la conciencia.

En la actualidad, hay varias líneas de tratamiento del dolor: la terapia farmacológica, la terapia mediante medicina física o electromedicina, la psicoterapia, sola o asociada a medicación antidepresiva, donde se ha demostrado que tanto las intervenciones conductuales como las cognitivo-conductuales son eficaces en el tratamiento del dolor, tanto crónico como agudo.

Las técnicas de *biofeedback* pueden ayudar a reducir el dolor, pero su eficacia general no es mayor que la de los procedimientos más generales de relajación. Se pueden aplicar mejor cuando hay grupos particulares de músculos que contribuyen al dolor y que no se consiguen relajar tras aplicar las instrucciones de relajación más generales.

9. MEJORA DE LA SALUD Y DE LA CALIDAD DE VIDA. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Dado el valor que, en la mayoría de las sociedades y culturas, se otorga a la salud, su pérdida, es decir, la aparición de la enfermedad en la vida de una persona, supone siempre una situación de crisis y un deterioro de su calidad de vida.

Este carácter estresante de la enfermedad es el resultado de las múltiples demandas de ajuste que plantea y depende de muchos factores: su duración, su forma de aparición, su intensidad y gravedad y de la interpretación y valoración que la persona hace de la situación.

La enfermedad, pues, tiene un impacto estresante, produce un desequilibrio en la vida de la persona, cuya respuesta más habitual es conseguir restablecer el equilibrio perdido, adaptarse a la nueva situación.

La enfermedad implica dos cosas: la experiencia de amenaza y la experiencia de pérdida; y el tipo de respuesta más habitual lo constituye la depresión y la ansiedad.

Dentro de los recursos de afrontamiento de la enfermedad tenemos: la búsqueda de apoyo social; el pensamiento desiderativo y la evitación del problema (como técnicas evitativas); focalización en aspectos positivos, deseos de cambiar la situación problemática, y la resignación/conformismo.

Las intervenciones psicológicas diseñadas para lograr tres metas interrelacionadas en los pacientes con graves enfermedades crónicas son: reducir el malestar psicológico, mejorar el manejo de la enfermedad, reducir el riesgo de una enfermedad futura o de avance de la enfermedad.

En cada uno de estos casos se han empleado con éxito diversos enfoques. Las reducciones del malestar se han logrado utilizando:

- Información adecuada (incluyendo información sobre una enfermedad o sobre las estrategias de afrontamiento para minimizar la angustia y mejorar el control de la condición).
- Entrenamiento en el manejo del estrés cuando se está esperando el diagnóstico, durante el

tratamiento y cuando se está afrontando el malestar emocional de vivir con una enfermedad a largo plazo.

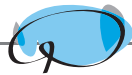
- Provisión de apoyo social, a menudo en forma de grupos de apoyo dirigidos por un profesional.

Las mejoras del manejo de la enfermedad se han logrado:

- Ofreciendo información: sobre todo que proporciona una estructura para lograr el control de los síntomas en vez de proveer sencillamente información sobre la condición o su tratamiento.
- Entrenamiento en programas de automanejo, poniendo el énfasis, en vez de en la provisión de programas generales de “talla única para todos”, en programas hechos a medida desarrollados específicamente para adecuarse a las necesidades de los participantes.
- Entrenamiento en manejo del estrés para aquellas condiciones en las que el estrés esté involucrado en la etiología (p. ej., el síndrome del colon irritable) o pueda exacerbar los síntomas (p. ej., angina de pecho, diabetes).
- Mejora del apoyo social y familiar.
- Expresión emocional escrita.

Hay estudios que muestran diferencias con respecto al sexo; así entre las mujeres, las técnicas de focalización sobre los aspectos positivos muestran un menor nivel de ansiedad y depresión, y se asocian positivamente a la resignación. En cambio, los deseos de cambiar la situación problemática implican mayores niveles de ansiedad y de depresión. El uso de pensamientos positivos se asocia a una menor frecuencia de dolor; y aquellas pacientes que utilizaron la búsqueda de apoyo instrumental percibieron menos intensidad de dolor.

En general, existe una evidencia empírica significativa de que las intervenciones psicológicas pueden ser de gran valor para ayudar a las personas a asumir las consecuencias emocionales de padecer una enfermedad crónica grave. También pueden ser beneficiosas para aliviar los síntomas cotidianos e incluso mejorar el pronóstico a más largo plazo en un conjunto más limitado de enfermedades; así por ejemplo, los



enfermos que utilizan la estrategia de minimización de la amenaza experimentan menos dolor, y el uso de estrategias como los pensamientos positivos y la

contabilización de ventajas aparece negativamente relacionado con el estrés psicológico.

RECOMENDACIONES CLAVE

La intervención psicológica sobre el paciente con enfermedad orgánica grave debe incluir siempre una atención a la experiencia individual de “estar enfermo” y a su estilo de personalidad y sus mecanismos habituales de afrontamiento.

Debe incorporarse en la atención al paciente la atención al o los cuidadores principales.

La información adecuada, el respeto a la intimidad, el favorecer la expresión emocional y el entrenamiento en el manejo de estrés son fundamentales en los procesos de apoyo al paciente.

10. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Bennett P, Morrison V. Psicología de la salud. Ed. Pearson Prentice Hall. 2008.

Álvarez MP, Fernández Hermida JR, Fernández Rodríguez C, Amigo Vázquez I. Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la salud. Ed. Pirámide. 2006.

Lobo A, Lozano M, Diefenbacher A. Psychosomatic psychiatry; A European view.

European Journal of Psychiatry. 2007;21(2):153-168.

James L, Levenson MD. Text Book of Psychosomatic Medicine. American Psychiatric Publishing, Inc. 1 ed. 2004.

Rodríguez-Martín J, Pastor MA, López-Roig S. Afronamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. Psicothema.1993;5:349-72.

11. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Luque R, Villagran JM. Psicopatología descriptiva: Nuevas tendencias. Ed. Trotta. 2000:19-38.

García Fernandez PG, Arzate Diaz J, Bailon Martinez C, Martinez Contreras LB, Torres Gonzalez T, Castro. Liaison psychology in internal medicine. Medicina Interna de Mexico. 2008;24(3):186-192.

Billing AG, Moons RH. The role of coping responses and social resources in attenuating the impact of stressful life events. J Behav. Med.1981;4:139-57.

Calman KC. Definition and dimensiones of quality of life. En: The Quality of life of cancer patients. Ed. Aroanson NK, Beckmann J.1987:1-10.

Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. Journal of health and social behaviour.1980;21:219-39.



109. EL PROBLEMA DE LOS PROFESIONALES ENFERMOS



Autoras: M^a Cecilia Navarro Marfís y Mónica Prat Galbany
Tutor: José Antonio Navarro Sanchís
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

CONCEPTOS ESENCIALES

Médico enfermo	Aquel profesional cuya práctica clínica puede verse afectada negativamente por causa de problemas psíquicos, conductas adictivas o ambos simultáneamente.
Características del médico enfermo	Frecuente negación de la enfermedad. Minimización de los síntomas. Deterioro en el ámbito social y familiar. Deterioro en la esfera laboral: mala praxis, conflictos interpersonales, ausentismos, etc.
Programas de atención especializados	Asistencia especializada que ofrece una atención específica en trastornos mentales y por uso de sustancias, estrictamente confidencial dirigida al personal sanitario.

“Estos son los deberes de un médico: primero... curar su mente y ayudarse a sí mismo antes de ayudar a nadie”.

(Epitafio de un médico Ateniese, siglo II a.C.)

1. INTRODUCCIÓN

El médico enfermo se encuentra en una situación complicada ya que, por una parte es responsable de la salud de los demás y a su vez su propio malestar puede dificultar que realice adecuadamente su labor sanitaria.

Esta situación se complica cuando el profesional padece un trastorno mental o adictivo ya que es muy difícil que solicite ayuda en los recursos sanitarios disponibles para el resto de la población, por dos razones: la primera es el miedo a que peligre la confidencialidad y el segundo es que, por desgracia,

estas patologías normalmente van acompañadas de un importante estigma social.

2. CONCEPTO DE MÉDICO ENFERMO

Médico cuya práctica clínica pueda verse afectada negativamente por causa de problemas psíquicos y/o conductas adictivas al alcohol, o a otras drogas incluidos los psicofármacos.

El médico enfermo suele ser incapaz de reconocer que el problema existe y sus colegas suelen mantener un tácito pacto de silencio.



3. EPIDEMIOLOGÍA

En la tabla 1 se aprecia una mayor prevalencia de trastornos mentales y por uso de sustancias en el colectivo médico con respecto a la población general. Así mismo, se observa una tasa de suicidio más elevada también entre los médicos.

El alcohol, los opiáceos y las benzodiacepinas son por este orden, los tóxicos de abuso de mayor prevalencia entre los médicos que consultan en programas especializados americanos y canadienses.

Algunas especialidades son especialmente vulnerables como los anestesiólogos o los psiquiatras, observándose que la tasa de suicidio entre estos últimos es el doble que en el resto de especialidades.

Otro tema de interés es que el no tratar los trastornos mentales y adictivos aumenta el riesgo de desarrollar patología dual. En esta, la principal asociación que se ha encontrado es entre la dependencia de alcohol y el trastorno afectivo.

4. FACTORES DE RIESGO

Existen una serie de factores de riesgo inherentes a la profesión médica:

- Estrés durante el periodo de formación.
- Elevado nivel de responsabilidad.
- Sobrecarga laboral (por ejemplo, las guardias)
- Necesidad de reciclaje continuo.
- Desgaste emocional al tratar a pacientes graves.
- Facilidad de acceso a sustancias de abuso y medicamentos. La autoprescripción es muy frecuente (más del 80%) y no solamente perjudica el estado de salud del médico sino también retrasa el diagnóstico y tratamiento adecuados.
- Alta frecuencia de la llamada “personalidad vulnerable” (o de “baja resiliencia”). Se trataría

de personas con dificultad de adaptación a situaciones desfavorables, con las determinadas características: perfeccionismo en exceso, elevada autoexigencia y aspiraciones a nivel profesional, aplazamiento continuo de gratificaciones personales, reducidos recursos personales para afrontar el estrés, hipocondriasis, narcisismo, autoestima vulnerable con importante dependencia de valoración por parte de los demás, habilidades sociales reducidas.

5. EL MÉDICO EN EL ROL DE PACIENTE

A lo largo de la historia la salud de los médicos ha sido siempre de controversia, tanto así que se podría llegar a pensar que el médico no se enferma, un concepto atribuido en gran parte por la sociedad que ha perdurado en el tiempo y también por el propio colectivo médico que afianza dicha teoría al ser la mayoría de las veces incapaz de reconocer su propia vulnerabilidad.

- ¿Cómo actúa frecuentemente el médico-paciente?
 - Cuando el médico enferma, éste suele actuar por exceso o por defecto, pero en todo caso lejos de lo que él mismo acostumbra a recomendar a sus pacientes.
 - Suele ser incapaz de reconocer que el problema existe, siendo muy difícil adoptar el papel del paciente.
 - Y si la afección o el trastorno está en la esfera mental o se relaciona con alguna adicción, la respuesta es aún más negacionista, llegando incluso a arrogante y prepotente.
 - Sienten temor ante el hecho de consultar y como consecuencia no piden ayuda o como mucho “consultas de pasillo”.
 - Intentan en lo posible enmascarar los síntomas, por lo que deciden hacer de médicos de si mismos.

Tabla 1. Prevalencia de trastornos mentales y adictivos de los profesionales sanitarios en comparación con la población general (Crawford. Informe no publicado presentado en la Royal Society of Medicine. Londres, 2003)

	Trastorno mental (%)	Depresión (%)	Suicidio	Abuso de drogas (%)
Población general	15	5	6/100.000	5
Médicos	28	10	15/100.000	15

- Alta capacidad de proteger su trabajo a expensas de otras dimensiones de su vida, por lo que habitualmente es la familia la que resulta afectada en primer lugar.
- El manejo del medico-paciente es difícil porque tiende a no cumplimentar el tratamiento como el resto de los pacientes, especialmente si no coinciden con su propio criterio.

6. FACTORES QUE DIFICULTAN EL TRATAMIENTO DEL MÉDICO ENFERMO

- La “conspiración del silencio”.
- Estigmatización de las enfermedades mentales y/o adicciones.
- Ser reconocido o la violación de la confidencialidad (terror a la sala de espera).
- Miedo a no poder volver a ejercer la profesión: la pérdida de credibilidad y reputación.
- Tratamiento en unidades compartidas con propios pacientes.
- “Prevención” por parte de los médicos a traer propios colegas.
- La prepotencia terapéutica, el mito de la invulnerabilidad y el no querer asumir el rol de paciente.

7. PROCESO DEL MÉDICO ENFERMO

Una primera etapa de alerta ante el inicio ineludible de la cascada que desencadena el proceso del

médico enfermo podría englobarse en el concepto del *burn-out*.

El concepto de *burn-out* fue introducido por primera vez por Freudenberger en 1974, desde entonces han surgido muchas definiciones hasta una de las más usada en la actualidad expuesta por Lee and Ashforth: “Síndrome que comprende el desgaste de las emociones (cansancio, síntomas somáticos, disminución en los recursos de afrontamiento emocional y sensación de no tener nada más que ofrecer a otros), despersonalización (desarrollando actitudes negativas, cínicas e impersonales hacia las personas llegando a tratarlas como objetos) y la falta de realización personal (sentimientos de incompetencia, ineficiencia e inadecuación)” como consecuencia de diversos factores psicosociales que se viven con frecuencia en el lugar de trabajo, factores intrínsecos como la personalidad, mecanismos de afrontamiento y la falta de soporte externo.

Hasta el 46% de médicos llegan a experimentar síntomas de *burn-out* avanzado. Existe una relación directamente proporcional entre *burn-out* y la morbilidad psiquiátrica, igualmente mayor abuso de sustancias (figura 1).

En ocasiones no es fácil identificar a un médico enfermo por diversos factores entre ellos destaca la capacidad de enmascarar o minimizar la sintomatología. Sin embargo, existen signos que nos pueden facilitar la detección del problema como por ejemplo: aislamiento, problemas a nivel de pareja, deterioro físico, ausencias frecuentes en el trabajo, errores en la praxis cotidiana, reclamaciones por parte de los pacientes y/o quejas de compañeros del trabajo, etc. (figura 2).

Figura 1.

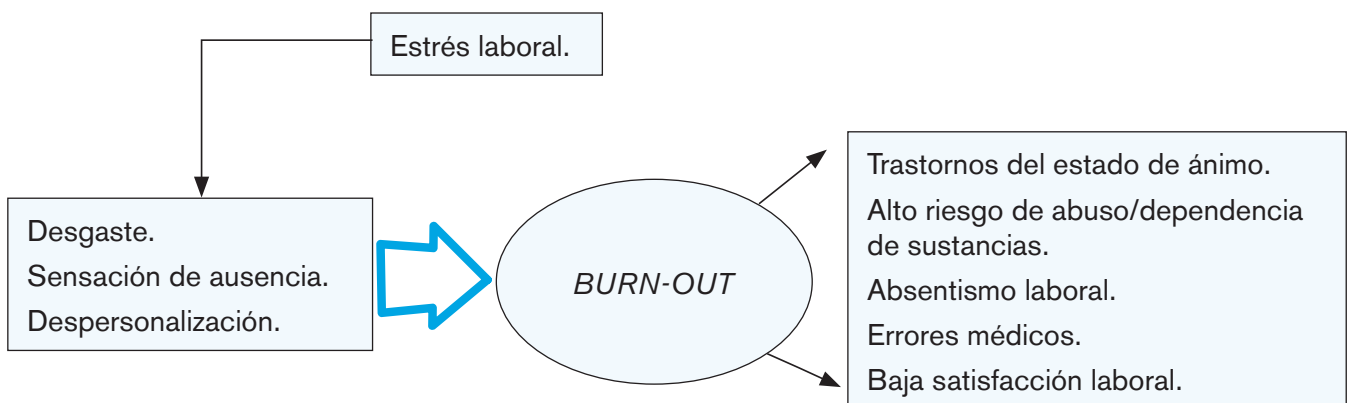
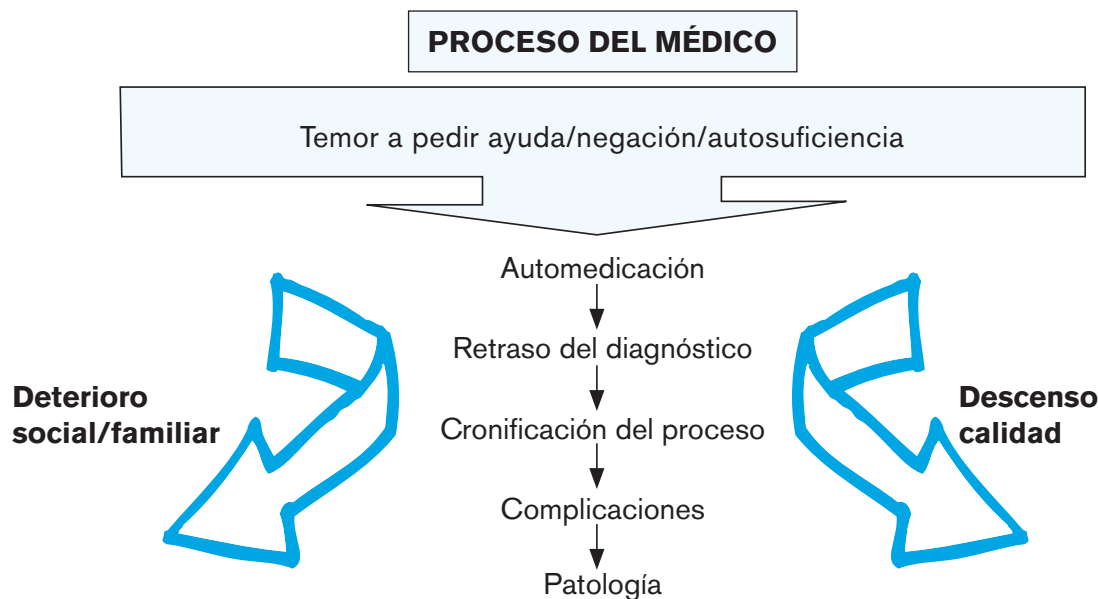




Figura 2. Proceso del médico enfermo



Lusilla, 2002

8. CONSECUENCIAS DEL NO ABORDAJE DEL MÉDICO ENFERMO

- Conflictos laborales.
- Denuncias y/o reclamaciones por mala praxis.
- Riesgos para la salud de la población atendida.
- Bajas laborales de larga duración.
- Incapacidades permanentes e inhabilitaciones profesionales.
- Imposibilidad de aplicar tratamiento a patologías para las que existen terapéuticas efectivas.

9. LOS PROGRAMAS PARA MÉDICOS ENFERMOS

Los programas de atención para médicos enfermos se crean en Estados Unidos en la década de los 70. Su función principal era la persecución de los trastornos adictivos en los profesionales de la sanidad.

Durante la década de los 80 se creó la Federation of State Physician. Se trataba de programas existentes en cada estado de la nación y que funcionaban de manera independiente. Su finalidad era cubrir 4 grandes áreas:

- Educación y prevención.

- Detección precoz.
- Evaluación y tratamiento.
- Rehabilitación y seguimiento del proceso.

Durante estos últimos años se ha observado una evolución de dichos programas, orientando su función de manera más importante hacia la prevención y prestando más atención a las enfermedades psiquiátricas.

Canadá, siguiendo en ejemplo de Estados Unidos creó un modelo propio dirigido principalmente a la prevención y teniendo en cuenta, tanto las conductas adictivas como los trastornos psiquiátricos que puedan afectar la praxis médica.

En el Reino Unido se creó en 1985 el National Counselling Service for sick doctors, servicio que ofrecía orientación telefónica garantizando en todo momento la confidencialidad. En 1997 se desarrolló la Doctors Support Network. Es importante remarcar que se trata de servicios de soporte, no de tratamiento.

También en Australia se crearon programas de ayuda al médico enfermo. En 1982 nace Doctors Health Advisory Service bajo el lema "Ningún problema es demasiado grave ni demasiado trivial".

El éxito de estos programas se basa en diversos factores:

- Elevada especialización.
- Estricta confidencialidad.
- Seguimiento ambulatorio con terapias de grupo y cribaje toxicológico mediante controles de orina.
- En los casos en que sea necesario, realización de un contrato terapéutico y supervisión a nivel laboral.
- Se conoce que existen una serie de factores de riesgo para experimentar una recaída en el consumo de sustancias:
- Pertenecer a especialidades con mayor riesgo (por elevados niveles de estrés o fácil contacto con psicofármacos, como psiquiatras o anestesistas).
- El uso de opiáceos.
- Trastorno mental concomitante al consumo (patología dual).
- Historia familiar de trastornos adictivos.

La presencia de los tres últimos factores incrementa de manera considerable el riesgo de recaída, y como para todos los trastornos adictivos, el riesgo de subsecuentes recaídas se incrementa después de la primera.

10. PAIME (PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL MÉDICO ENFERMO)

En Europa, la precursora en cuanto a la creación de programas para médicos enfermos fue Cataluña. En 1996 el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB) observó que en una proporción significativa de procesos legales por mala praxis había involucrados médicos enfermos. En 1997 solicitó a diversos expertos el estudio de esta solución y posibles soluciones.

En el PAIME de Barcelona se diferencian tres áreas bien delimitadas, localizados en espacios distintos y con funciones diferentes:

- Área Colegial: ubicada en la sede del Colegio de Médicos. Es la responsable de la coordinación y la gestión del programa. Es donde se

realizan, en caso de ser necesario, las firmas de contrato terapéutico.

- Área Asistencial: lugar donde se proporciona el tratamiento psiquiátrico y psicológico. Se divide en hospitalización y consultas externas.
- Área de dictámenes: donde se realiza la evaluación de profesionales sanitarios que niegan haber realizado una mala praxis a pesar de una denuncia objetiva.

El PAIME tiene dos objetivos principales:

- Atender a profesionales sanitarios con problemas mentales y/o adictivos mediante servicios específicos y especializados bajo condiciones de estricta confidencialidad.
- Garantizar a los ciudadanos, en medida de lo posible, que los médicos colegiados están capacitados para ejercer la medicina de forma adecuada y segura.

Sería interesante destacar algunas de las características de los pacientes que han sido atendidos en dicho programa durante sus primeros años de funcionamiento (1998-2007). Cerca del 80% ingresó de manera voluntaria, factor que favorece el proceso terapéutico y que posiblemente señala una mayor conciencia de enfermedad.

Con respecto al motivo de consulta, según estudios llevados a cabo en el programa, aproximadamente un 62% de los casos consultaron por trastornos mentales y un 34% por conductas adictivas. Esta proporción se invierte si solo se tiene en cuenta a los pacientes hospitalizados.

Otro dato interesante del estudio, es que existe mayor prevalencia de la dependencia de alcohol en relación a otras sustancias. La especialidad de medicina de familia constituye la mayoría de los pacientes, sin embargo se observa una alta proporción de otras especialidades como anestesiología y psiquiatría.

11. EL RESIDENTE ENFERMO

La residencia es un período de elevado estrés durante el cual a medida que se van adquiriendo más conocimientos aumenta de forma exponencial las responsabilidades especialmente en lo que concierne a la vida del paciente.



Muchos estudios sugieren una tendencia hacia una alta prevalencia de experimentar *burn-out* durante la residencia y por tanto cierta relación con la aparición de trastornos mentales y/o conductas adictivas.

Sin embargo, en comparación con los médicos ya especialistas presentan en menor proporción trastornos por uso de sustancias, siendo más frecuentes en estos los trastornos del estado de ánimo.

En resumen, los médicos no están exentos de sufrir ante las situaciones de estrés y padecer trastornos mentales y/o adictivos. Sin embargo, se encuentran en desventaja debido a una supuesta invulnerabilidad impuesta tanto por la sociedad como por el propio colectivo médico dificultando así su correcto abordaje terapéutico y la prevención de las posibles consecuencias. Por tanto, es de suma importancia el conocimiento de los diferentes recursos que ofrecen una solución a la medida de estos problemas.

↑ RECOMENDACIONES CLAVE

Los médicos pueden padecer problemas de salud mental y toxicomanías al igual que el resto de la población.

Para los afectados es difícil reconocerlo y buscar ayuda. En la mayoría de ocasiones por miedo a la confidencialidad y estigma hacia la enfermedad mental.

Es un deber deontológico para cualquier médico el actuar al respecto.

Mirar hacia otro lado únicamente aplaza los problemas.

La seguridad de los pacientes debe ser siempre salvaguardada.

En España existen recursos asistenciales específicos para ayudar a los médicos enfermos.

12. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Lusilla P, Gual A. El médico enfermo. *Supplements dels Annals de Medicina*. 2007;90(Supl.4):54-72.

Casas M, Gual A, Bruguera E, Arteman A, Padrós J. El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. *Med Clin*. 2001;117:785-789.

Lusilla P, Gual A, Roncero C, Bruguera E, Marcos V, Valero S, Casas M. Dual diagnosis in inpatient physicians: prevalence and clinical characteristics. *Mental Health and Substance Use: dual diagnosis*. 2008;1(1):10-20.

American Medical Association Council on Mental Health. The sick physician, impairment by psychiatric disorders, including alcoholism and drug dependence. *JAMA*. 1973;223:684-687.

Thomas NK. Resident burnout. *JAMA*. 2004; 292: 2880-9.

13. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Talbott GD, Gallegos KV, Wilson PO, Porter TL. The Medical Association of Georgia's impaired Physicians Program. Review of the first 1000 physicians. *JAMA*. 1987;257(21):2979-2930.

Rich CL, Pitts FN. Suicide by psychiatrists: a study of medical specialist among 18.730 consecutive physician deaths during a five-year period 1967-72. *J. Clin Psychiatry*.1980;41(8):261-3.

Molina A, García M, Alonso M, Cecilia P. Prevalencia de desgaste profesional y psicopatología en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria*. 2003;31:564-74.

Da Silva H, Daniel E, Pérez A. Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de un hospital general. *Actas Esp Psiquiatr*.1999;27:310-20.

Domino KB, Hornbein TF, Polissar NL et al. Risk factors for relapsed in health care professionals with substances use disorders. *JAMA*. 2005;March 293(12):1453-59.

Lee RT, Ashforth BE. On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *J Appl Psicol*. 1990;75:743-7.

Kumar S. Burnout in psychiatrists. *World Psychiatry*. 2007;6:186-189.





110. ASPECTOS DE GESTIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE LA INTERCONSULTA



Autores: Ana Barrera Francés, Miquel Bel Aguado y Patricia Gracia García
Tutora: Isabel Irigoyen Recalde
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

CONCEPTOS ESENCIALES

La unidad de psiquiatría de interconsulta y enlace es una estructura funcional que debe diseñarse teniendo en cuenta el perfil asistencial concreto de cada centro hospitalario.

El uso adecuado de la documentación clínica constituye uno de los pilares del acto médico de la interconsulta psiquiátrica, por facilitar tanto la coordinación entre los servicios implicados como la continuidad asistencial.

1. INTRODUCCIÓN


Las actuales unidades de psiquiatría de enlace, muchas de ellas con distintos nombres, tienen también diferentes orígenes. Algunas proceden de la evolución de antiguas unidades psiquiátricas que trataban de poner en práctica las teorías psicósomáticas, sobre todo en los entornos académicos hospitalarios. Otras, sin embargo, se crean para atender las peticiones de colaboración de los servicios médico-quirúrgicos.

2. NECESIDAD DE LAS UNIDADES DE PSIQUIATRÍA DE INTERCONSULTA O ENLACE

Actualmente existe un sólido fundamento para justificar la existencia de estas unidades en base a datos epidemiológicos bien documentados:

- Alta morbilidad psíquica en enfermos médico-quirúrgicos (en torno al 30%), frecuentemente no detectada.
- Dicha morbilidad tiene implicaciones en el sufrimiento e incapacidad de estos pacientes y en

la excesiva utilización de recursos sanitarios. Su estancia media es de 2 a 3 veces más alta que la media general hospitalaria.

-  Sólo el 10% de los enfermos hospitalizados requeriría de intervención del especialista. Sin embargo, únicamente se demanda interconsulta psiquiátrica en un 1,4% de los pacientes hospitalizados (3% en España).
- La consulta psiquiátrica se pide tardíamente, más de 7 días tras el ingreso.
- La intervención de psiquiatras de enlace optimiza la asistencia y reduce los costes.
- La investigación llevada a cabo en las unidades de psiquiatría de enlace ha tenido amplia repercusión en la práctica clínica y en la docencia médica.

3. OBJETIVOS DE LAS UNIDADES DE PSIQUIATRÍA DE ENLACE

La psiquiatría de interconsulta y enlace efectuará una aproximación biopsicosocial en el enfermo médico-quirúrgico que está siendo atendido en hospitales y clínicas fuera del área psiquiátrica. Debe ser entendi-



da como una estructura funcional cuyo objetivo principal es establecer un marco asistencial y de relación con el resto de especialistas y personal sanitario. Su finalidad, además del diagnóstico diferencial de los trastornos psiquiátricos o psicológicos, es también evaluar los aspectos relacionados entre el malestar y las circunstancias del paciente y actuar sobre ellos.

➡ Otros objetivos son:

- Estudio psiquiátrico completo (biológico/psicológico/social).
- Comunicación- coordinación con el *staff*: verbal y escrita.
- Actividades específicas de enlace por acuerdo con servicios médico-quirúrgicos con el diseño de programas definidos: *delirium*, depresión postparto, psicooncología, etc.
- Proporcionar estrategias multidisciplinares con diferentes programas a cargo de psiquiatra, enfermería, etc.
- Ofertar el seguimiento preciso durante la hospitalización.
- Garantizar la continuidad asistencial en atención primaria y en especializada en aquellos pacientes que lo requieran.
- Docencia especializada.

4. ORGANIZACIÓN FUNCIONAL

➡ La organización de una unidad dispuesta a mantener unos estándares clínicos de calidad por sí sola probablemente dará lugar al incremento gradual del número de pacientes remitidos, lo que se sumaría a otros aspectos que pueden conllevar también un aumento progresivo de demandas como son:

- Las predicciones de un incremento de la proporción de enfermos en edad geriátrica y otras poblaciones de riesgo.
- Las tendencias generales a la reducción del número de camas y de las estancias medias de los ingresos hospitalarios.
- El número cada vez mayor de enfermos con patologías complejas.

➡ Por todo ello las características de organización funcional deberían de garantizar:

- Disponibilidad medida en términos de capacidad de intervención en crisis, de atención continuada las 24 horas y durante todos los días y de rapidez de respuesta.
- Profesionalidad fundamentada en la experiencia de los profesionales y en el seguimiento continuado por el mismo profesional.
- Información efectiva con posibilidad de comunicación cara a cara. El contacto personal con el médico solicitante es especialmente indispensable si las sugerencias diagnósticas o terapéuticas varían con el tiempo (tablas 1 y 2).

5. DIVISIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

La actividad grupal en la interconsulta viene determinada por las actuaciones en un mismo acto médico de distintos especialistas y diferentes estamentos profesionales (médico, enfermería, trabajo social, etc.). En el caso del psiquiatra la división del trabajo conlleva que su misión principal es la de examinar al paciente, recabando la información necesaria, poniendo ésta en conocimiento del médico consultante y si es preceptivo realizando cualquier tratamiento psiquiátrico. Este tipo de actividad asistencial requiere lógicamente, de una precisa coordinación al estar sometido el paciente tanto a la patología mental como a la patología médica. Se espera del psiquiatra consultor que realice intervenciones rápidas, eficaces y de fácil comprensión para los médicos no especialistas (tabla 3).

➡ A continuación, exponemos datos orientativos acerca de la dotación y organización en materia de recursos humanos de una unidad de interconsulta psiquiátrica, basándonos en las necesidades clínicas y en la expectativa de trabajo antes mencionada.

- El equipo "ideal", según el Real colegio de psiquiatras e internistas británicos debería estar constituido por uno o varios psiquiatras a tiempo completo, residentes de psiquiatría (de 3º o 4º año), diplomados en enfermería, trabajador social y psicólogo clínico (opcional).
- Ubicación en el hospital general, por accesibilidad y rapidez en la actuación.
- Uno de sus miembros tendrá funciones de coordinación dentro del equipo y con el resto

Tabla 1. Premisas a tener en cuenta para el diseño del perfil asistencial de una unidad de psiquiatría de enlace

ESTRUCTURA	Hospital.	Número de camas, ingresos anuales, secciones especializadas...
	Unidad de psicósomática.	Dotación del equipo, método de trabajo, pacientes remitidos al año...
	Psiquiatra consultor.	Formación profesional, experiencia, disponibilidad...
	Paciente.	Datos sociodemográficos, diagnóstico, grado de cronificación, cargas psicosociales...
PROCESO	Monitorización de rutina.	Motivo de la solicitud, lapso temporal de remisión y realización de consulta, medidas diagnósticas y terapéuticas, tiempo invertido...
RESULTADO	Paciente.	Tiempo de estancia, estado subjetivo físico y psíquico, satisfacción sobre el tratamiento, tratamientos posteriores...
	Equipo del servicio/unidad.	Satisfacción, concordancia en las recomendaciones...

Tabla 2. Claves para establecer con éxito un servicio de psicósomática

<p>Rápida respuesta ante solicitudes de consulta.</p> <p>Evaluaciones concisas y recomendaciones prácticas.</p> <p>Comunicación efectiva, escrita y oral, con consultores y personal al cuidado del paciente.</p> <p>Disponer de seguimiento de cuidados fiable durante la hospitalización del enfermo.</p> <p>Establecer programas efectivos de formación, incluyendo lecturas concisas y relevantes, supervisión clínica y conferencias formales e informales.</p> <p>Actividad de relación pública y de divulgación para otros médicos y organizaciones.</p> <p>Colaboración en comisiones consultivas o en grupos de toma de decisiones dentro del hospital general (historias clínicas, ética, farmacia, etc.).</p> <p>Tratar de mejorar los costes económicos.</p> <p>Uso de uniforme.</p> <p>Facilitar periodos de formación para residentes, estudiantes u otros médicos.</p> <p>Productividad académica.</p> <p>Trabajo en red, colaboración y manejo de fondos para lograr la expansión del servicio, la investigación y la formación continuada de los miembros.</p>

de profesionales que intervengan. Otro estará dedicado a tareas administrativas que aseguran una adecuada recepción de las consultas.

- Las recomendaciones internacionales sobre la duración de las primeras visitas son de 90 minutos y 30-60 minutos para las de seguimiento. En este tiempo se contempla el intercambio de información con el resto de profesionales y la revisión de la historia clínica. Para reuniones de supervisión y sesiones clínicas se recomiendan 30-60 minutos.

- Es importante que el sistema de recogida de información esté estandarizado, para facilitar la comunicación y la evaluación de la calidad del servicio.

6. LA CALIDAD EN LA GESTIÓN DE LA INTERCONSULTA

En todo sistema de gestión de procedimientos de interconsulta psiquiátrica debe tener cabida un modelo de mejora continua de la calidad ofertada,



↑ Tabla 3. Características de un consultor de psiquiatría efectivo

<p>Habla con el médico de referencia, equipo de enfermería y otros profesionales (trabajadores sociales, etc.) antes y después de la consulta. Clarifica el motivo de la misma.</p> <p>Establece la preferencia de la consulta: urgente, preferente o normal.</p> <p>Revisa la historia a conciencia y recoge toda información relevante.</p> <p>Realiza un examen mental completo, una historia completa y una valoración física.</p> <p>Habla con familiares y amigos del paciente.</p> <p>Toma notas tan concisas como sea posible.</p> <p>Llega a una impresión diagnóstica basada en signos, síntomas, valores de laboratorio y epidemiología.</p> <p>Realiza un diagnóstico diferencial entre trastornos mentales, neurológicos y médicos.</p> <p>Recomienda los tests neurológicos y pruebas de imagen precisos.</p> <p>Tiene los conocimientos para prescribir psicofármacos en pacientes médico-quirúrgicos y es consciente de las interacciones con otros fármacos.</p> <p>Realiza recomendaciones terapéuticas: medicación, TEC, psicoterapia y reducción de posibles efectos iatrogénicos.</p> <p>Es concreto. Propone planes de contingencia y anticipa posibles problemas. Contacta con su interlocutor en persona (especialmente ante decisiones controvertidas o complejas). No toma el mando de los cuidados completos del paciente y se explica con tacto.</p> <p>Proporciona adecuada información y/o psicoterapia al paciente cuando es necesario.</p> <p>Sigue al paciente durante la hospitalización completa.</p> <p>Realiza recomendaciones post-alta. Facilita el contacto con los referentes ambulatorios.</p> <p>Sigue los avances en otros campos médicos.</p>
--

teniendo en cuenta que éste es responsabilidad de todos y que debe involucrar mediante un necesario compromiso individual al número total de personas que trabajan en él. Para ello son útiles el autocontrol (medir, comparar, tomar decisiones) y la introducción de indicadores simples que faciliten la visualización de la mejora continua. La mejora de la calidad puede verse favorecida por la elaboración de estándares y guías de buena práctica clínica que posiblemente contribuyan a disminuir los costes.

La calidad se ha definido como la satisfacción de las necesidades y aspiraciones de los pacientes, tanto reales como percibidas, con el consumo de recursos más eficiente. La satisfacción de los pacientes es un objetivo de las unidades de psiquiatría de enlace, pero no el único. Entre sus "clientes" también se encuentra el personal médico y de enfermería de los servicios consultores y también las familias de los enfermos y la gerencia hospitalaria o el sistema de salud en que se encuentren inmersas.

El contexto actual de eficiencia y gestión debe ser compatible con una medicina humanista, psicosomática y con calidad científica donde la definición de objetivos clínicos, docentes e investigadores debe ir acompañada de una lista de los problemas que dificultan habitualmente su consecución y del diseño de estrategias para corregir éstos.

El grupo ECLW (European Consultation-Liaison Workgroup) y en nuestro país el Grupo Español de Trabajo en Psiquiatría de Enlace y Psicosomática (GETPEP) elaboró un proyecto de gestión de calidad asistencial para desarrollar, implementar y estudiar la efectividad y la capacidad práctica de un programa de gestión de calidad, en un estudio multicéntrico en coordinación con el estudio europeo, Biomed. Los resultados de ambos trabajos están teniendo importante influencia en la elaboración de estándares internacionales en la disciplina.



9. LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

La historia clínica la constituyen todos los datos, en cualquier tipo de soporte (papel, electrónico, iconográfico, etc.) que reflejen la actividad asistencial prestada a un paciente concreto. En las interconsultas la documentación clínica tiene como finalidad dar sostén a cualquier solicitud que sobre un enfermo determinado se realice a todo servicio o facultativo.

Este aspecto se convierte en capital en la interconsulta al psiquiatra, ya que uno de los errores más usuales en este tipo de actos médicos es precisamente el fallo en la comunicación entre los distintos profesionales que intervienen. Se aconseja un uso muy cuidadoso de los documentos clínicos habituales donde debe quedar plasmado por escrito todo lo referente a hallazgos clínicos y razonamientos.

El médico solicitante, cuando crea que necesita del asesoramiento de un psiquiatra, lo pondrá en su conocimiento por escrito, haciendo constar el motivo y la medida que, en su caso, se demanda así como la identificación del paciente y de él mismo, especificando además la prioridad que este acto médico tiene. Es importante en este mismo documento hacer constar de forma clara pero resumida el historial médico del paciente, su situación clínica actual y los tratamientos fundamentales a qué está sometido. El psiquiatra, una vez examinado y entrevistado al paciente, o a familiares y allegados, emitirá un informe en el que hará constar sus datos y la opinión especializada solicitada, preferentemente y siempre que ello sea posible en el mismo documento de petición.

↑ En caso de urgencia todo este procedimiento puede ser realizado verbalmente, lo que no obsta para su posterior plasmación por escrito. La documentación será de mayor utilidad si reúne una serie de características principales:

- Claridad y concisión.
- Legibilidad.
- Confidencialidad.
- Brevedad: 1 página, 200-400 palabras, apartados fácilmente identificables.

- Contenido adecuado.
 - Examen mental completo. Evaluación psiquiátrica, en relación con síntomas físicos, conducta de enfermar, capacidad legal y laboral.
 - Diagnóstico psiquiátrico, diferencial en caso necesario en orden decreciente de probabilidad. Si se considera probable que los síntomas no sean de causa psiquiátrica, debe hacerse constar explícitamente.
 - Plan de tratamiento concreto (seguimiento, tipo de intervención, profesionales implicados, etc.). Recomendaciones en orden decreciente de importancia, incluyendo maneras de esclarecer más el diagnóstico, así como sugerencias terapéuticas, previsión y abordaje de problemas y riesgos que puedan aparecer (por ejemplo pauta farmacológica y conductual en caso de agitación en pacientes con *delirium*).
 - Pronóstico.

Otras recomendaciones inherentes a los informes son:

- Escribir en el inicio. Psiquiatría y el día y hora de la visita.
- Nombre del médico que solicitó la interconsulta.
- Resumen de la historia médica y psiquiátrica del paciente con el motivo del ingreso en curso y el que motiva la interconsulta.
- Situación socio-familiar y adaptación premórbida.
- Medicación actual.
- Señalar brevemente los efectos secundarios y su tratamiento de la medicación recomendada.
- Evitación de jerga técnica, hipótesis poco fundamentadas, motivaciones inconscientes, etc.
- Fecha de la próxima valoración de seguimiento y plan de frecuencia de visitas con registro adecuado de estas en la documentación clínica.
- Firma del consultor y número de teléfono/busca de contacto (tabla 5).

Tabla 5. Variables recogidas en el "Patient Registration Form" o PRF (instrumento estandarizado y validado en España y otros países europeos para documentar los distintos factores del proceso asistencial) (continúa en la página siguiente)

Datos de hospitalización	Datos administrativos.	<p>Fecha de ingreso. Fecha de solicitud consulta. Fecha de realización consulta. Fecha de última consulta. Fecha de alta. Identidad médico consultor. Tiempo invertido en 1ª consulta. Número de visitas seguimiento. Tiempo medio invertido por visita.</p>
	Datos de remisión.	<p>Departamento solicitante. Tipo de servicio (UCI, planta médica/quirúrgica, ambulatorio...).</p> <p>Tipo de consulta (normal/urgente/preferente). Hora de solicitud de consulta. Consultas a personal de guardia. Razón principal de la consulta. Razones adicionales de consulta.</p>
Antecedentes	Datos sociodemográficos.	<p>Edad. Sexo. Estado civil. Núcleo de convivencia actual. Ocupación/profesión. Situación laboral.</p>
	Estado del paciente previo.	<p>Atención psiquiátrica últimos 5 años. Atención médica últimos 5 años. Funcionamiento global último año. Estado de movilidad último año. Tratamiento psiquiátrico al ingreso. Consultas previas en el servicio.</p>
Diagnóstico	Estado del paciente al ingreso.	<p>Reaction Level Scale (RLS85). Global Assessment of Functioning Scale (GAF). Estado de movilidad. Servicios psicosociales implicados.</p>
	Diagnóstico somático (CIE 9).	<p>Diagnóstico principal. Diagnósticos adicionales (2). Etiología. Tratamientos específicos. Embarazo.</p>



Tabla 5. Variables recogidas en el "Patient Registration Form" o PRF (instrumento estandarizado y validado en España y otros países europeos para documentar los distintos factores del proceso asistencial) (continuación)

Diagnóstico	Diagnóstico psiquiátrico (CIE10).	Diagnóstico que motiva la consulta. Diagnósticos adicionales (2). Diagnóstico eje V.
Intervención	Intervenciones/cuidados pautados.	Procedimientos diagnósticos. Información fuentes externas. Nivel de influencia de situación médica. Medicación iniciada y medicaciones cambiadas/suspendidas por consultor. Pautas psicológicas y conductuales. Principal objetivo de la intervención. Informe escrito al servicio solicitante. Consultas no médicas (trabajo social...).
Resultados	Estado del paciente al alta.	Reaction Level Scale (RLS 85). Global Assessment of Functioning Scale (GAF). Estado de movilidad. Fallecimiento del paciente. Factores de influencia en la fecha de alta. Plan de tratamiento al alta. Forma de comunicación con servicios ambulatorios. Remisión a centro de salud mental.

RECOMENDACIONES CLAVE

La formación en gestión sigue siendo una de las asignaturas pendientes en medicina. En la disciplina de la psiquiatría de enlace, inmersa en el mundo hospitalario, se hace necesario el concurso y la implicación de los profesionales en la gestión clínica de los programas ofertados.

El uso estandarizado de procedimientos de enlace y de documentación clínica es el mejor instrumento de retroalimentación sistemática al equipo clínico.

10. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Cañestro Márquez F et al. Gestión de la documentación sanitaria. Ed. Publicaciones vértice. 2008.

Rojo, Cirera. Interconsulta psiquiátrica. Ed. Masson-Barcelona. 1997.

Lobo A, Grupo Español de Trabajo en Psiquiatría de Enlace y Psicopatología (GETPEP). Servicio de psiquiatría: unidades de medicina psicopatológica y/o psiquiatría de enlace. En: Gestión diaria del hospital, de Asenjo Sebastián MA, Bohigas Santasusagna LI, Prat Marín A, Trilla García A. Ed. Medical – Masson. 3 ed. 2007.

Kornfeld DS. Consultation-liaison psychiatry: contributions to medical practice. *Am J Psychiatry*. 2002;159(12):1964-72.

Smith FA, Querques J, Levenson JL, Stern TA. Principios generales de evaluación y manejo. Evaluación y consulta psiquiátricas. En: Tratado de medicina psicopatológica, de Levenson JL. Ed. Ars Médica. 2006-2007.

11. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Strathdee G, Fisher N, Mc Donald E. Establishing psychiatric attachments to general practice. *Psychiatr Bull*. 1992;16:284-286.

Herzog T, Huyse FJ, Malt UF et al. Quality management in consultation liaison psychiatry and psychosomatics. Development and implementation of a European QM system. En: Baert AE (ed). European-union-biomedical and health research. The BIOMED I programme. Ed. IOS Press-Amsterdam. 1995;525-526.

Levitan SJ, Kornfeld DS. Clinical and cost benefits of liaison psychiatry. *Am J Psychiatry*. 1991;149:631-637.

Ronheibm HE, Fulop G, Kunkel EJ et al. The Academy of Psychosomatic Medicine Practice Guidelines for psychiatric consultation in general medical setting. *Psychosomatics*. 1998;39:S8-S30.

Huyse FJ, Lyons JS, Stiefel FC, Slaets JP, de Jonge P, Fink P, Gans RO, Guex P, Herzog T, Lobo A, Smith GC, van Schijndel RS. INTERMED: a method to assess health service needs. I. Development and reliability. *Gen Hosp Psychiatry*. 1999; 21(1):39-48.





111. PSIQUIATRÍA DE INTERCONSULTA Y ENLACE: ASPECTOS LEGALES Y ÉTICOS



Autores: Raquel de Álvaro López y Gilberto Lobato Correia
Tutor: Miguel Ángel Cuquerella Benavent
Hospital General de Castellón. Castellón

CONCEPTOS ESENCIALES

Los trastornos mentales pueden afectar la capacidad de toma de decisiones de los pacientes, de forma temporal o permanente.

Es labor fundamental del psiquiatra de interconsulta colaborar con el resto de profesionales que participan en el tratamiento del paciente para evaluar dicha capacidad.

Por dicha razón nos enfrentamos a situaciones que plantean con frecuencia problemas legales y/o éticos.

1. INTRODUCCIÓN

Los psiquiatras que trabajan en un entorno médico-quirúrgico ejerciendo labores de interconsulta y enlace, además de la dificultad que supone la implicación de varias especialidades en la asistencia a un paciente, se enfrentan con relativa frecuencia a una serie de situaciones éticas y legales complejas.

En nuestros días, dado que la práctica clínica viene marcada por el derecho del paciente a participar en la toma de decisiones, que afectan a su salud y/o enfermedad, una de las principales situaciones a las que tiene que enfrentarse el psiquiatra es la de tener que valorar la capacidad del mismo para ejercer dicho derecho.

Esto se pone de manifiesto cuando se solicita una interconsulta psiquiátrica en las siguientes situaciones:

- Para otorgar el consentimiento en procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos complejos o que impliquen ciertos riesgos.
- Para rechazar determinadas maniobras terapéuticas.

- Para indicar tratamientos involuntarios.

Los cambios en la legislación han ido afectando de manera notoria a algunas de las funciones del psiquiatra de interconsulta. Con el paso de los años, la despenalización de intervenciones tales como la cirugía transexual o la interrupción voluntaria del embarazo ha supuesto una ampliación del campo de acción del especialista en salud mental. Quizá en un futuro, la legalización de determinados procedimientos como la eutanasia, ya autorizada en algunos países europeos, amplíe aún más este campo de la psiquiatría tan complejo.

A lo largo de este capítulo expondremos algunos conceptos legales básicos que atañen a la psiquiatría de interconsulta y, a continuación, nos referiremos a situaciones específicas.

2. VALORACIÓN DE CAPACIDAD DE TOMA DE DECISIONES

Como hemos señalado anteriormente, con frecuencia se plantea la situación en que un paciente rechaza



la realización de alguna exploración diagnóstica o un tratamiento médico, y en consecuencia, se solicita una interconsulta psiquiátrica para valorar y realizar un informe clínico sobre si el paciente es o no competente. Nuestra labor consistirá en evaluar la capacidad de comprensión y toma de decisiones que presenta la persona en una situación clínica determinada, para establecer de este modo si actúa de forma libre y voluntaria en todos aquellos procesos que puedan afectar a su salud.

➤ Para que un paciente sea competente debe presentar las aptitudes expuestas en la tabla 1.

Tabla 1. Capacidades del paciente competente

Comprende su situación vital y la naturaleza de su enfermedad actual.
Evalúa racionalmente la información disponible sobre beneficios y riesgos derivados de cada opción diagnóstica y/o terapéutica posible.
Puede establecer una relación de trabajo con el equipo asistencial y comprometerse de forma responsable a un plan diagnóstico y terapéutico.

Para realizar una evaluación de la competencia debe revisarse la historia clínica del paciente y su situación clínica actual, centrando la exploración en la búsqueda de cambios cognitivos (atención, concentración, orientación, memoria y lenguaje) o intelectuales. En la tabla 2 se expone los procedimientos esenciales en la evaluación de la competencia. Estos procedimientos nos permitirán obtener una visión integral del paciente y así poder determinar si reúne o no las condiciones necesarias para gestionar su salud de forma adecuada.

Tabla 2. Procedimientos para la evaluación de la competencia

Exploración médica general y neurológica.
Exploraciones complementarias adecuadas a la situación clínica.
Examen del estado mental para detectar o descartar la presencia de cualquier trastorno mental, así como para conocer las creencias, expectativas y valores del individuo.
Evaluación de la capacidad del enfermo para comprender la naturaleza de su enfermedad y las consecuencias de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos posibles, independientemente de que sufra cualquier trastorno mental.
Recoger información de los familiares del paciente, para una mejor comprensión de su situación vital.

➤ Resulta importante destacar que un diagnóstico de trastorno mental como por ejemplo, esquizofrenia o demencia, no lleva implícito que el individuo no disponga de suficientes aptitudes para decidir acerca de su situación médica. Puede ocurrir, por ejemplo, que un paciente esquizofrénico o afecto de un trastorno depresivo mayor severo rechace un procedimiento médico urgente. Debemos entonces valorar si el paciente presenta sintomatología aguda que afecte a su capacidad de decisión y, por tanto, resulte ser incompetente de forma temporal. Si la decisión del paciente, independientemente de su diagnóstico, se ajusta a los requisitos de comprensión, decisión y razonamiento de su proceso, debemos respetar la elección adoptada por éste.

3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

➤ El consentimiento informado es el resultado de un modelo de relación clínica basado en el principio de autonomía del paciente. El ejercicio de la autonomía de las personas exige que se cumplan tres condiciones:

- Actuar voluntariamente, libre de coacciones externas.
- Disponer de información suficiente (objetivo, beneficios, riesgos y alternativas posibles).
- Poseer capacidad, que como se ha descrito en el apartado anterior, implica disponer de una serie de aptitudes psicológicas que le permitan comprender, valorar y hacer un uso adecuado de la información proporcionada, así como tomar una decisión y expresarla.

El enunciado “consentimiento informado” contiene dos cuestiones ineludibles en la práctica clínica actual. Por un lado, el consentimiento que todo paciente debe prestar antes de un tratamiento médico (exceptuando ciertas situaciones) y por otro lado, la información previa que se le ha de conceder para poder autorizar la intervención terapéutica. Esta información debe individualizarse, esto es, debe tenerse en cuenta las características culturales, sociales y volitivas del sujeto al que va dirigida.

➔ Es lícita la omisión de información al paciente en el supuesto de “necesidad terapéutica”, aplicable a los casos en los que el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de forma grave. La ley exige que cuando se dé esta situación excepcional se haga constar en la historia clínica y se comunicó esta decisión a las personas vinculadas al paciente (familiares o de hecho). El ejemplo de necesidad terapéutica es la situación de urgencia, en la que se autoriza a los facultativos para actuar sin demora cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica y no es posible conseguir la autorización.

En relación a la capacidad, hay que mencionar que, además de lo descrito en el apartado anterior, la edad constituye también un factor determinante. Desde una perspectiva legal, se considera que tienen capacidad para consentir válidamente los mayores de edad, 18 años, y los menores emancipados o con 16 años cumplidos, no incapaces ni incapacitados. Cuando se trate de menores de 18 y mayores de 16 años, y en caso de riesgo severo, los progenitores deben ser informados y su opinión puede ser tenida en cuenta para la decisión pertinente. En el caso de los menores de 16 años, al igual que ocurre con las personas incapaces o incapacitadas, el consentimiento será por representación (legal si existiera, o en su defecto individuos vinculados a él por cuestiones familiares o de hecho).

La ley establece que el consentimiento será verbal, con excepción de las situaciones siguientes, en las que se debe solicitar por escrito: intervenciones quirúrgicas, técnicas diagnósticas o terapéuticas invasivas, cualquier procedimiento que implique riesgos o repercusiones adversas sobre la salud del paciente y ensayos clínicos.

➔ La ausencia de consentimiento origina responsabilidad, que puede ser administrativa, civil o penal.

Existen, no obstante, situaciones de excepción legal a la exigencia de consentimiento, que son:

- Riesgo para la salud pública, por ejemplo, en la tuberculosis se puede administrar tratamiento forzoso.
- Riesgo severo inminente de la integridad física o psíquica del paciente, no siendo posible obtener su autorización, consultando, si las circunstancias lo permiten, a su familia o personas vinculadas de hecho.

4. TESTAMENTO VITAL O DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

El documento de voluntades anticipadas entró en vigor en el año 2000. La Ley de Autonomía de los Pacientes recoge este derecho y lo conceptúa como el documento por el que una persona mayor de edad, libre y capaz, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente. Esta voluntad puede hacer referencia a determinados aspectos del tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o los órganos del mismo.

La naturaleza jurídica de las voluntades anticipadas es idéntica a la del consentimiento informado, comprendiendo no sólo las situaciones de urgencia en que existe riesgo inmediato grave para la integridad del enfermo, sino también aquellas situaciones en las que el individuo ha previsto que podrá ser incapaz de dar un consentimiento válido, como en los casos de enfermedad progresiva o demencia. A diferencia del consentimiento informado, el de las instrucciones previas debe constar siempre por escrito, pudiendo ser revocado libremente y en cualquier momento, pero con el requisito formal de que debe dejarse constancia de ello igualmente por escrito.

En lo que se refiere a la forma de las instrucciones previas, corresponde determinarla a las Comunidades autónomas a través de cada servicio de salud, que regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, a las que sólo el médico que está atendiendo al paciente en ese



momento crítico podrá tener acceso, y siempre que éste no pueda expresar su voluntad por sí mismo.

Del documento de voluntades anticipadas, carecen de validez las previsiones contrarias al ordenamiento jurídico. Por consiguiente, la solicitud de eutanasia carece de efecto por estar castigada por el vigente código penal.

5. SITUACIONES ESPECÍFICAS EN PSIQUIATRÍA DE ENLACE E INTERCONSULTA

5.1. CIRUGÍA BARIÁTRICA

El enfoque multidisciplinario en la cirugía bariátrica es la clave para el éxito del tratamiento y es siempre recomendable la incorporación de un psiquiatra y un psicólogo en el equipo terapéutico. Los procedimientos previos a la intervención requieren de una valoración psiquiátrica de los pacientes candidatos. Para ello debe realizarse, al menos, una entrevista clínica. Además de la anamnesis y exploración del estado mental, puede ser de gran ayuda la utilización de cuestionarios de psicopatología general o específica. En este sentido, suelen ser de uso común, por ejemplo, aquellos que permiten identificar trastornos de la conducta alimentaria.

➡ En la actualidad no existe un consenso claro acerca de los criterios de exclusión psiquiátricos absolutos y relativos para la realización esta cirugía. Se han establecido como contraindicaciones psicológicas relativas algunas enfermedades psiquiátricas, tales como la depresión mayor y los trastornos de la personalidad descompensados. En estos casos se entiende que es recomendable que los pacientes afectados por estas patologías reciban un tratamiento previo que permita estabilizar su sintomatología, favoreciendo así un mejor afrontamiento de todo el proceso y un mayor éxito de la cirugía. Si finalmente se realiza la intervención, es recomendable un seguimiento psiquiátrico y/o psicológico estricto durante todo el proceso previo hasta el postoperatorio. Existe una mayor controversia con respecto a lo que se han considerado contraindicaciones absolutas, ya que es frecuente que en la práctica clínica se considere como tales trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, y otros trastornos psicóticos crónicos, la bulimia nerviosa, el retraso mental o la adicción a

sustancias. Como hemos mencionado anteriormente, es discutible, desde un punto de visto ético, que sea exclusivamente la etiqueta diagnóstica y no la capacidad actual y particular de cada paciente lo que determine si existe o no contraindicación.

5.2. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

La Ley Orgánica 9/1 .985 de 5 de julio introdujo una modificación del vigente Código Penal despenalizando la práctica de las interrupciones voluntarias de embarazo en tres supuestos determinados:

- Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada y así conste en el dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad correspondiente, distinto de aquel por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto. En caso de urgencia o riesgo vital para la gestante, podrá prescindirse del dictamen y del consentimiento expreso.
- Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación, del artículo 429, siempre que el aborto se practique dentro de las doce primeras semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado.
- Que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el dictamen expresado con anterioridad a la practica del aborto, sea emitido por dos especialistas del centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado al efecto y distintos de aquel por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.

➡ Una de las funciones que se ha atribuido al psiquiatra tras la legalización de la práctica del aborto en España, es la valoración de mujeres que solicitan someterse a una IVE acogiéndose al primero de los tres supuestos anteriormente enunciados. La indicación de la IVE por motivos psiquiátricos se dirige a prevenir las consecuencias psiquiátricas de un embarazo indeseado, sobre todo las que están relacionadas con las siguientes situaciones:

- Prevención del filicidio o abandono del bebé, con fines filicidas.
- Prevención del suicidio de la madre relacionado con el embarazo, postparto o lactancia.
- Prevención de un episodio psiquiátrico mayor en el embarazo, postparto o lactancia o recurrencia de un episodio ya establecido.
- Prevención de los trastornos de vinculación madre-hijo.

Se ha señalado que los trastornos o episodios psiquiátricos graves debidos a la IVE son muy escasos cuando ésta se realiza antes de las 12 semanas de gestación en comparación con la prevalencia de trastornos psiquiátricos que aparecen tras el parto, aún sin contar los trastornos de la vinculación madre-hijo secundarios a embarazos no deseados.

5.3 TRANSEXUALISMO

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en la CIE 10, define el transexualismo como el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto, que suele acompañarse de sentimiento de malestar o desacuerdo con el sexo anatómico propio y de deseos de someterse a tratamiento para hacer que el cuerpo concuerde lo más posible con sexo preferido. Se trata por tanto de un problema de la identidad del sujeto, por la ausencia de correspondencia entre lo que es y lo que siente que es. Como consecuencia de esto, generalmente el transexual:

- Se comporta como si perteneciera al sexo opuesto.
- Busca la corrección de su apariencia sexual corporal mediante métodos farmacológicos y/o quirúrgicos.
- Tras esta corrección, buscan la rectificación de su acta de nacimiento y registros administrativos para cambiar legalmente de género.

El cuadro transexual propiamente dicho no se considera en la actualidad como enfermedad mental. Desde 1990 está excluida del DSM aunque sigue apareciendo en la CIE 10 como trastorno de la identidad sexual. Deben descartarse cuadros psiquiátricos y trastornos psicosexuales con los que puede confundirse. Por ejemplo, deben quedar excluidos

de este concepto los enfermos cuya alteración de la identidad sexual forme parte de un delirio.

Desde 1983 es posible en España la esterilización y la cirugía transexual, que con frecuencia se completa con hormonoterapia. Actualmente puede realizarse, con la sola voluntad de la persona, la extirpación o modificación de sus órganos sexuales para adaptarlos al sexo psicológico. Es decir, que desde un punto de vista legal se ha despenalizado esta intervención, cuando media consentimiento y se lleva a cabo legalmente y por un facultativo. No son necesarios otros requisitos administrativos o legales.

En algunas comunidades autónomas se ha resuelto el problema de la cirugía dentro del sistema público de salud, pero son necesarios servicios que presten una atención integral de los problemas médicos que presentan este grupo poblacional.

5.4. TRASPLANTE

Dentro de los equipos de trasplante, el psiquiatra desempeña un papel importante, siendo una de sus principales funciones la evaluación de las contraindicaciones psiquiátricas mayores para el trasplante.

Existe acuerdo en que las únicas contraindicaciones médicas absolutas son las infecciones activas, el cáncer o el fallo crónico de otro órgano. Dentro de la psiquiatría, las patologías que generan contraindicaciones son las que pueden comprometer tanto el desempeño pre como el postoperatorio. En los trasplantes cardíacos los criterios son más restrictivos, tomando como contraindicación absoluta la mala higiene y los factores psicosociales o conductuales desfavorables. Si bien existen discusiones acerca de cuáles son absolutas y cuáles relativas, la mayoría de los equipos considera contraindicaciones psiquiátricas mayores las psicosis no estabilizadas, la toxicomanía activa, la depresión mayor recurrente, el retraso mental grave, la personalidad antisocial y los antecedentes de incumplimiento terapéutico reiterado.

5.5. DONACIÓN DE ÓRGANOS

Los donantes pueden ser personas vivas o fallecidas. En ocasiones la figura del psiquiatra es necesaria para garantizar el cumplimiento de los requisitos exigidos en el caso de un donante vivo, como veremos en la tabla 3.



Tabla 3. Requisitos para una donación de persona viva

El donante debe ser mayor de edad.
El donante presenta sus facultades mentales plenas. Los individuos incapacitados no tienen capacidad para prestar consentimiento. Aquellos que no estén incapacitados pero que tras ser valorados por el equipo médico impresionan de tener mermadas sus facultades mentales, podrán ser excluidos, siendo necesario únicamente para ello, un informe de un médico psiquiatra, sin necesidad de la incapacidad judicial.
El donante debe haber sido previamente informado.
El donante debe otorgar su consentimiento de forma expresa, libre, consciente y por escrito, ante la autoridad pública que se determine reglamentariamente, tras las explicaciones del facultativo que ha de efectuar la extracción del órgano. Este documento tiene que ser suscrito ante el juez encargado del Registro Civil de la localidad, al menos 24 horas antes de la extracción, pudiendo el donante revocar su consentimiento en cualquier momento antes de la intervención, sin sujeción a formalidad alguna.
El órgano extraído se trasplanta a una persona determinada con un fin terapéutico. Si durante el proceso el receptor fallece, el órgano no podría ser trasplantado a otra persona, y si es posible debería procederse a la reimplantación en el donante.
Debe garantizarse el anonimato del donante y receptor.
La donación debe ser gratuita.
La extracción del órgano debe ser compatible con la vida del donante, sin una merma grave de su vida personal, familiar y laboral.

RECOMENDACIONES CLAVE

Conocer el proceso de evaluación de la capacidad de los pacientes para la toma de decisiones.

Individualizar la determinación de la capacidad al individuo concreto y a las necesidades del acto requerido, más allá de la etiqueta diagnóstica.

Conocer las situaciones de excepción legal a la exigencia de consentimiento por parte del paciente para la realización de intervenciones médicas.

Tratar de distanciarse lo máximo posible de las consideraciones morales y religiosas personales para ajustarse a los criterios de la legalidad vigente y de la lex artis actual.

6. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Villanueva E (ed.). Medicina Legal y Toxicología. 6ª ed. Barcelona: Ed. Masson. 2004.

Díaz-Ambrona MD, Serrano A, Fuertes JC, Hernández P. Introducción a la Medicina Legal. Madrid: Ed. Díaz de Santos. 2007.

Otero FJ (coord.). Psiquiatría y Ley: guía para la práctica clínica. Madrid: Ed. Edimsa. 2008.

Fuertes JC, Cabrera J. La Salud Mental en los Tribunales. 2ª ed. Madrid: Ed. Arán. 2007.

Arechederra J. Fundamentos Éticos y Legales de la responsabilidad en Psiquiatría. Madrid: Ed. IM&C. 2003.

7. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Gómez M, Gómez N. Consultas en Psiquiatría Legal. Barcelona: Ed. Atelier. 2009.

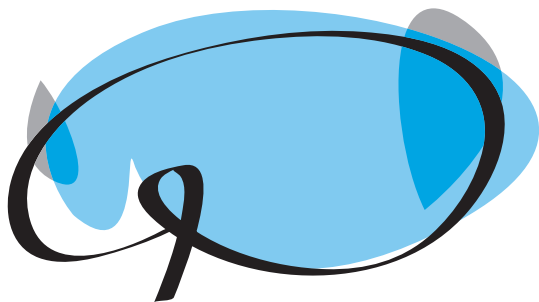
Organización Médica Colegial. Código de Ética y Deontología médica 1999. Consejo General de Colegio de Médicos de España. 1990.

Montero R, Vicente R. Tratado de trasplantes de órganos, Volumen 2. Madrid: Ed. Arán. 2006.

Traver F. Valoración del impacto psiquiátrico de la interrupción voluntaria del embarazo. Psiquiatría.com vol 7 [serial online] 2003 Diciembre [citado 30 Enero 2004]; Disponible en: <http://www.psiquiatría.com/psiquiatría/revista/103/13840/>

Jáuregui I. Aspectos éticos y legales en cirugía bariátrica. Trastornos de la conducta alimentaria N° 9 [serial online] 2009 Enero-Junio [citado 31 Mayo 2009]; Disponible en: http://www.tcsevillla.com/archivos/aspectos_eticos_y_legales_en_cirurgia_de_la_obesidad.pdf





MÓDULO 4.

Rotaciones
(Formación
transversal)



Infanto-Juvenil





112. ORGANIZACIÓN DE LA ROTACIÓN INFANTO-JUVENIL



Autora: Adela Pérez Escudero
Tutoras: Ainhoa Garibi Pérez y Dolores Moreno Pardillo
Hospital universitario Gregorio Marañón. Madrid

CONCEPTOS ESENCIALES

Existe un programa transversal específico, dentro del período de formación nuclear (R1, R2, R3) de cuatro meses de duración en Psiquiatría infantil y del adolescente, de obligado cumplimiento para todos los residentes de psiquiatría (ORDEN SCO/2616/2008, de 1 de septiembre).

Durante el cuarto año de Residencia se puede realizar el trayecto A, dedicando doce meses, de forma monográfica a la Psiquiatría infantil y del adolescente, o el trayecto B, realizando rotaciones, de no menos de dos meses y no más de seis meses de duración, en diversas áreas, una de las cuales es la Psiquiatría infantil y del adolescente (ORDEN SCO/2616/2008, de 1 de septiembre).

Objetivos fundamentales durante la rotación en Psiquiatría infantil y del adolescente son:

- Conocer el desarrollo psicomotor y cognitivo normal durante la infancia.
- Conocer los trastornos mentales específicos de la infancia y la adolescencia, así como las manifestaciones en esta época de la vida de los trastornos mentales de inicio generalmente en el adulto. Ser capaz de realizar un abordaje diagnóstico adecuado.
- Ser capaz de realizar una adecuada entrevista y valoración del niño o adolescente y su familia.
- Ser capaz de detectar situaciones de riesgo para el niño o el adolescente.
- Ser capaz de realizar un adecuado abordaje psicofarmacológico del niño o el adolescente.
- Conocer los recursos sanitarios, sociales y judiciales que se ocupan de los niños y adolescentes y ser capaz de coordinarse eficazmente con ellos.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS DE LA PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

La psiquiatría del niño y el adolescente tiene por objeto el estudio de las enfermedades mentales y trastornos psicológicos de niños y jóvenes entre 0 y 18 años, así como su diagnóstico y tratamiento.

↑ Existen diferencias importantes en la psiquiatría del niño y adolescente con respecto de la psiquiatría

de adultos, las más importantes, desde el punto de vista de la formación, serían:

- Incluye un grupo diferente de trastornos y los otros comunes a la psiquiatría de adultos no presentan la misma expresión sintomática.
- Las vías de derivación a distintos servicios ponen el énfasis en la familia, el colegio y otros servicios de atención al menor, es decir, que la demanda raras veces procede del paciente, sino que surge del entorno.



- Utiliza más los tratamientos psicológicos que los farmacológicos; el conocimiento de la psicofarmacología en el niño y el adolescente es de gran importancia, dada la escasez de ensayos clínicos en esta población y la diferente sensibilidad y respuesta a las sustancias psicoactivas del SNC en evolución.
- Utiliza, además del abordaje individual, la participación de la familia en el proceso terapéutico.
- Enfatiza el planteamiento multidisciplinar, siendo imprescindible la coordinación con los dispositivos escolares y, en muchos casos, con neuropediatras u otros médicos, trabajadores sociales u otros profesionales.
- Tiene un marco legal diferente.
- Se basa en un planteamiento que tiene en cuenta las etapas del desarrollo del niño, haciendo hincapié en el funcionamiento de la familia y conservando los enfoques tradicionales sobre el diagnóstico de los trastornos y enfermedades.

➔ 1.2. MARCO LEGAL DE LA ROTACIÓN EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

El 16 de septiembre de 2008 se publicó en el BOE la ORDEN SCO/2616/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de psiquiatría, que sustituye el programa anterior, de 1996.

En dicho programa se mantiene la duración de 4 años para el período formativo, modificándose, sin embargo, la estructura de los mismos. Así, el último año puede dedicarse monográficamente a la profundización en algún área de capacitación específica. Una de estas áreas en que se puede invertir el último año de formación es la psiquiatría infanto-juvenil.

De esta manera, durante la formación general, habría un programa transversal, específico para la psiquiatría infantil y de la adolescencia de cuatro meses de duración. Este programa sería de obligado cumplimiento para todos los residentes de la especialidad, se realizaría durante los tres primeros años de formación en el servicio al que pertenece el MIR. A la organización de este período de cuatro meses dedicaremos la mayor parte del presente capítulo.

Durante el último año de residencia, los médicos en formación pueden dedicar doce meses a un trayecto específico en psiquiatría infantil y de la adolescencia (trayecto A), o pueden realizar alguna rotación de entre dos y seis meses en este campo (trayecto B). Estas rotaciones podrían realizarse en el Servicio al que pertenece el MIR, sus unidades asociadas u otros servicios o unidades acreditadas. Daremos algunas ideas sobre la manera de organizar estas rotaciones, aunque debemos advertir que se plantea, a corto plazo, la creación de plazas MIR de psiquiatría infanto-juvenil, como especialidad separada de la psiquiatría, por lo que podría verse limitada la utilidad de ampliar la rotación obligatoria.

2. OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN EN PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

2.1. OBJETIVOS SEGÚN EL PROGRAMA FORMATIVO DE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA

La ORDEN SCO/2616/2008, de 1 de septiembre estipula unos objetivos específicos para la formación en psiquiatría infantil y del adolescente, aplicables tanto a la rotación obligatoria de cuatro meses durante los tres primeros años de formación como al trayecto específico del último año, o a un período de rotación específica durante el trayecto B:

➔ “Esta rotación debe estimular el desarrollo de la actitud adecuada y proporcionar los conocimientos y habilidades necesarios para el tratamiento clínico y seguimiento de estos pacientes, especialmente relacionados con:

- a) El desarrollo físico, emocional, intelectual y social, así como con los factores biológicos, psicológicos y sociales implicados en la etiología de los trastornos mentales y en la interacción psicosocial.
- b) Capacitación para diagnosticar y tratar los trastornos psiquiátricos y las desviaciones del desarrollo psicomotor, así como para las alteraciones emocionales y psicosomáticas que pueden surgir durante la infancia y la adolescencia.
- c) Conocimiento de la estructura comunitaria sobre la salud y el desarrollo de los niños, de la organización del sistema escolar, servicios sociales y

servicios judiciales para una adecuada coordinación con ellos.

- d) Durante el periodo de esta formación el residente llevará a cabo sus actividades en las siguientes áreas asistenciales específicas: centro ambulatorio de atención a niños y adolescentes; servicio o centro de hospitalización psiquiátrica para niños y adolescentes; hospital de área con programas específicos para niños y adolescentes. “

➔ 2.2. DIFERENCIAS CON LOS OBJETIVOS PLANTEADOS POR EL PROGRAMA FORMATIVO PARA OTRAS ROTACIONES

Es importante remarcar que estos objetivos resultan muy generales en comparación con los planteados para otras rotaciones, en los que se estipulan, por ejemplo, el número mínimo de primeras entrevistas que debe realizar el residente, o el número mínimo de pacientes que debe seguir durante un período determinado. Entendemos que esto tiene que ver con la limitación temporal de cuatro meses, impuesta a la rotación, que dificulta marcar estos objetivos, especialmente, teniendo en cuenta que el carácter diferencial de esta área de la psiquiatría hará necesario un período mínimo de observación del trabajo del adjunto antes de poder abordar la tarea de valorar o realizar el seguimiento de un niño o adolescente.

⬆ 3. DISPOSITIVOS

En nuestro país existen diferentes dispositivos dedicados a la salud mental infantil y juvenil, que, en este momento, se encuadran, fundamentalmente, dentro de los servicios de salud mental generales, y, en algunos casos, dentro de servicios de pediatría. Podríamos dividir estos dispositivos en dos grupos fundamentales, ambulatorios o de hospitalización.

Dentro de los dispositivos ambulatorios tenemos:

- Consultas externas hospitalarias, dedicadas fundamentalmente al apoyo de otras especialidades pediátricas, como servicios de interconsulta o psiquiatría de enlace, si bien es verdad, que en ocasiones estas consultas funcionan de manera similar a consultas ambulatorias generales, al margen de las funciones de la interconsulta. También en ocasiones estas consultas se

encuadran dentro de programas específicos, por ejemplo de Atención al trastorno autista, a Trastornos de la conducta alimentaria etc.

- Consultas en centros de salud mental. Realizan una función similar a sus homólogos en salud mental de adultos. Es importante remarcar la importancia de la coordinación dentro de la salud mental infantil, realizando los profesionales que atienden estas consultas coordinación permanente con servicios sociales, dispositivos de atención al menor y la familia, equipos de orientación psicopedagógica y otros.
- Hospitales de día. Tienen un funcionamiento similar a sus homólogos en salud mental de adultos, siendo dispositivos de hospitalización parcial (el paciente duerme en su domicilio). Realizan programas terapéuticos específicos e intensivos, con mayor o menor selección de pacientes en función de patología. Como elemento diferencial con sus homólogos de adultos hay que destacar el mantenimiento de la actividad escolar durante el tratamiento, existiendo maestros y programas de estudio dentro de los mismos. Hemos de tener en cuenta que estos dispositivos se dividen en infantiles, para niños hasta doce años y de adolescentes, a partir de los doce años y hasta los dieciocho.
- Existen dispositivos de hospitalización, unidades de agudos de infanto-juvenil. Igual que en los hospitales de día, existe separación entre los menores de doce años (unidades de infantil) y los mayores de doce años (unidades de adolescentes). En general, sus funciones son comunes a las de las unidades de hospitalización de adultos: diagnóstico diferencial, contención y tratamiento de episodios agudos que sobrepasan las posibilidades de manejo ambulatorio. En el caso de los menores, es más frecuente que en el de los adultos que las indicaciones de ingreso vengan condicionadas por factores no directamente clínicos, como situaciones familiares o legales complejas, cumpliendo estos dispositivos también una función de protección del menor.
- Dentro de los dispositivos infanto-juveniles existen, o deberían existir en la mayoría de las comunidades autónomas, centros terapéuticos que cumplen además una función residencial. En general, aunque no siempre, dependen de



los servicios sociales. En ellas residen en régimen de internado menores en guarda o tutela por las comunidades autónomas, siendo mucho más difícil el acceso a ellos por parte de menores que pertenecen a familias estructuradas, que presentan patologías psiquiátricas que requieren medidas o tratamientos especiales, existiendo equipos de psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y educadores que se encargan de las mismas.

- También debemos mencionar que existen, dependiendo de Justicia, centros de reforma con asistencia terapéutica para menores infractores con patología psiquiátrica. Aunque en la mayoría de los casos no se trata de centros dedicados monográficamente a menores infractores con patología mental sino que dentro de centros de menores infractores existe un apoyo terapéutico para aquellos que lo necesitan.

4. ORGANIZACIÓN DE LA ROTACIÓN POR PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

4.1. ROTACIÓN DURANTE LA FORMACIÓN NUCLEAR

4.1.1. Cuándo realizar la rotación

En la ORDEN SCO/2616/2008, de 1 de septiembre la rotación obligatoria por psiquiatría Infantil y de la adolescencia se encuadra dentro de la formación nuclear, en los tres primeros años de residencia.

↑ Hemos visto que la psiquiatría infantil y del adolescente tiene diferencias importantes con la del adulto, sin embargo, es imprescindible para el aprovechamiento adecuado de esta rotación un conocimiento mínimo en psicopatología general, habilidades de entrevista, dinámicas familiares y técnicas psicoterapéuticas, así como nociones de psicofarmacología y psicósomática. Por ello, creemos recomendable retrasar esta rotación hasta haber completado, al menos, las rotaciones por atención primaria, neurología y medicina interna, la rotación por psiquiatría comunitaria y la rotación por psiquiatría psicósomática y de enlace, es decir, que no debería situarse esta rotación en los primeros 18 meses de residencia. Pensamos que estas rotaciones pueden permitir al residente obtener los conocimientos arriba mencionados.

4.1.2. Dónde realizar la rotación

Hemos mencionado en el apartado 3 del presente capítulo los dispositivos que existen dentro de los programas de salud mental infanto-juvenil. Pese a que cualquiera de ellos puede resultar adecuado para esta rotación, permitiendo al residente la adquisición de conocimientos básicos en psicología evolutiva, diagnóstico y abordaje terapéutico de los trastornos mentales y del comportamiento más frecuentes en la infancia y la adolescencia, así como gestión de recursos y coordinación con otros dispositivos, pensamos que es importante tener en cuenta diversos factores a la hora de decantarse por uno u otro de los mencionados dispositivos:

- El período de rotación es de tan sólo cuatro meses. Como mencionábamos en el apartado 2.2 esto dificulta la posibilidad de que el residente realice valoraciones o seguimientos en solitario, especialmente en los dispositivos ambulatorios, también limita la posibilidad de realizar seguimientos a medio plazo. Creemos que es importante tener este factor presente a la hora de seleccionar un dispositivo con el menor intervalo en los seguimientos (debería tener una frecuencia de consultas de al menos una vez al mes para permitir al residente un seguimiento suficiente de los menores).
- Los dispositivos con escasa capacidad de coordinación con otros profesionales o de derivación, como las consultas de programas específicos, resultan menos interesantes, dada la elevada importancia que tienen estas actividades en psiquiatría infanto-juvenil.
- Los programas específicos para un tipo de trastorno resultan demasiado limitados para esta rotación, en la que el residente debería obtener una visión general de los trastornos mentales que aparecen en la infancia y adolescencia, con un rango amplio, que incluya desde aquellos más leves hasta los más graves.
- En esta línea, las unidades de hospitalización serían un dispositivo complementario, ya que sólo permiten la observación de aquellos trastornos de mayor gravedad y peor evolución, que son una minoría en esta población.

4.1.3. Qué objetivos mínimos plantearse respecto de la rotación

Conocidos los objetivos generales marcados por la ORDEN SCO/2616/2008, de 1 de septiembre, pensamos que cada residente, de acuerdo con su tutor y el supervisor de su rotación por psiquiatría infanto-juvenil, debe marcarse unos objetivos específicos. Estos deben incluir, al menos:

- Conocimiento del desarrollo cognitivo y psicomotor del niño.
- Conocimiento de las clasificaciones diagnósticas aplicables a niños y adolescentes.
- Conocimientos de psicofarmacología aplicada a niños y adolescentes.
- Conocimiento de herramientas diagnósticas y terapéuticas aplicables a niños y adolescentes.
- Adquisición de habilidades de entrevista suficientes, al menos, para la realización de una primera entrevista de evaluación del niño solo y con su familia.
- Sería deseable la realización por parte del residente de al menos una primera entrevista y al menos un seguimiento por un período no inferior a 8 sesiones.

4.2. ROTACIÓN VOLUNTARIA DURANTE EL ÚLTIMO AÑO

Como ya hemos mencionado, el interés de ampliar la rotación por psiquiatría infantil y del adolescente queda sujeta a la evolución del proyecto de creación de la especialidad de psiquiatría infantil y del adolescente en futuras convocatorias del examen MIR. Pese a ello, si pensamos que la rotación obligatoria es posiblemente demasiado corta para la adquisición de las habilidades mínimas que pueden ser de utilidad a un psiquiatra general, como aquéllas referentes al desarrollo evolutivo, el inicio de trastornos mentales en la infancia y adolescencia, las dinámicas familiares disfuncionales o la relación entre trastornos orgánicos, especialmente aquéllos congénitos, y patología mental. Esto podría justificar

la elección de una rotación ampliada, en el contexto del trayecto B para el último año, incluso existiendo la psiquiatría infantil y del adolescente como especialidad MIR diferenciada.

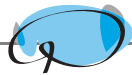
Aquéllos residentes que decidiesen hacer el trayecto A, es decir un año entero de psiquiatría infantil y del adolescentes, contarían con 16 meses para completar esta formación, lo que permitiría realizar una rotación amplia por varios dispositivos asistenciales. En este caso sería recomendable retrasar la rotación de cuatro meses obligatoria al final del tercer año para tener así un período de 16 meses consecutivos.

En este contexto sería interesante realizar una rotación de al menos cinco meses en una consulta, bien en el centro de salud mental, bien en el hospital, siempre que fuese general (es decir, no dedicada monográficamente a un trastorno) y realizase coordinación con otros dispositivos y recursos. Que este período fuese el inicial tendría el interés de que el residente podría tomar a cargo algún caso que mantuviese, de manera transversal, a lo largo de los 16 meses de rotación.

Otros dispositivos que sería interesante conocer serían la unidad de hospitalización, en la que no nos parece adecuado realizar una rotación inferior a dos meses y el hospital de día, que a nuestro entender requiere una rotación de al menos tres meses consecutivos.

Los seis meses restantes podrían invertirse en conocer un servicio de Interconsulta de psiquiatría infantil y alguna unidad monográfica, dedicada a trastornos mentales graves de la infancia y la adolescencia. También podría resultar interesante una rotación en dispositivos de guarda como residencias terapéuticas o centros de menores infractores con patología psiquiátrica.

Para aquéllos que decidan ampliar su rotación en psiquiatría Infanto-juvenil en el contexto del trayecto B serían adecuadas las rotaciones en hospital de día o la unidad de hospitalización, durante los períodos mínimos anteriormente mencionados.



RECOMENDACIONES CLAVE

Para el programa de formación transversal dentro de la formación nuclear es recomendable haber realizado previamente las rotaciones por atención primaria, neurología y medicina interna, la rotación por psiquiatría comunitaria y la rotación por psiquiatría psicósomática y de enlace.

Para los residentes que elijan el trayecto A o decidan realizar un período de rotación en infanto-juvenil dentro del trayecto B es recomendable retrasar la rotación obligatoria y realizar consecutivamente ésta y la electiva.

Quienes decidan realizar alguna de sus rotaciones en infanto-juvenil en una unidad de hospitalización de agudos, dada la elevada demanda, es recomendable solicitar la plaza con al menos seis meses de antelación con respecto al momento en que se quiera realizar la rotación.

5. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Graham P. Child Psychiatry: a Developmental Approach. 3ª ed. Ed. Oxford University Press. 1999.

Barker P. Basic Child Psychiatry. 7ª ed. Ed. Blackwell Scientific. 2004.

Goodman R, Scott S. Child Psychiatry. Ed. Blackwell Science. 1997.

Rutter M. Development Through Life. Ed. Blackwell Science. 1994.

Rutter M, Taylor E. Child and Adolescent Psychiatry. Ed. Blackwell Science. 2002.

6. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Martin A, Volkmar F, Lewis M (eds.). Child and Adolescent Psychiatry- A Comprehensive Textbook. Ed. Lippincott Williams and Wilkins. 2007.

De Val J. Crecer y Pensar. Ed. Paidós.

Toro Trallero J, Psicofarmacología clínica de la infancia y adolescencia. Ed. Masson.

Donaldson M. Children's Minds. Ed. Collins.

Rutter M. Helping Troubled Children. Ed. Penguin.



113. ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LA HISTORIA CLÍNICA EN PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL



Autor: Antonio España Osuna

Tutores: Fernando Sarramea Crespo y Pedro Torres Hernández
Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

CONCEPTOS ESENCIALES

La prevalencia de patología psiquiátrica en la infancia está en torno al 10-15%. La detección precoz de dichos problemas permite mejorar el pronóstico y disminuir la morbilidad.

Todos los problemas que motivan la consulta se analizan mejor en el contexto de la familia del niño y de sus características étnicas, culturales y éticas.

Se debe tener siempre en mente las etapas del desarrollo normal y no olvidar la edad de la persona que estamos examinando.

“La infancia muestra al hombre, como la mañana muestra el día”.

(Milton)

1. INTRODUCCIÓN

La historia clínica es el principal documento para la investigación y mejora de la salud. En el caso del niño con problemas psiquiátricos, si bien se siguen cumpliendo los principios y apartados fundamentales de cualquier historia clínica médica, ésta cuenta con características propias (tabla 1).

2. HISTORIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA INFANTIL

El esquema general se puede adaptar a tres tipos de formatos: las entrevistas estructuradas, formadas por preguntas cerradas, las entrevistas abiertas, que se van elaborando sin un esquema previo, y las entrevistas semiestructuradas, intermedias entre las dos anteriores. El formato semiestructurado es el más recomendado por los distintos autores, debido a que permite cierta flexibilidad en la realización de la historia, a la vez que proporciona una línea basal para

desarrollar la entrevista. Un ejemplo de entrevista semiestructurada es la elaborada por un grupo de expertos pertenecientes a la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil que nos servirá de base en la realización del presente capítulo (tabla 2).

La fuente esencial de la historia clínica es la entrevista clínica o, en palabras de Von Weizsäcker, el diálogo entre el médico y el enfermo que tiene como nota esencial el contacto personal entre ellos. En psiquiatría infantil ese diálogo está condicionado, además, por la presencia de padres, tutores o instituciones públicas debiendo tenerse en cuenta la edad del entrevistado. Así, los adolescentes requieren de entrevista inicial solos con mayor frecuencia que si se trata de un niño de corta edad.

2.1. FILIACIÓN

El primer contacto se establece aún antes de entrar en la consulta, desde la observación en la misma sala



↑ Tabla 1. Particularidades de la historia clínica psiquiátrica infanto-juvenil

- La información es más compleja y cuenta con una mayor cantidad de datos. Debe ser recogida de varias fuentes: padres y otros familiares, colegio, amigos, pediatra.
- La historia familiar tiene una relevancia capital.
- El abordaje tendrá en cuenta la edad y desarrollo del paciente.
- Las manifestaciones en esta edad tienen un especial carácter cambiante, dinámico, evolutivo y polimorfo.
- La evaluación de los aspectos somáticos y especialmente neurológicos son previos al examen psiquiátrico.
- Se deben consignar y tener en cuenta el contexto: aspectos culturales, religiosos y socioeconómicos.
- La psicopatología es en estas edades más inespecífica y cronodependiente.
- La comorbilidad es más frecuente que en el adulto.
- En la evaluación se usa con frecuencia juegos y pruebas gráficas.

de espera. El psiquiatra infantil debe intuir la vía de comunicación del niño y ponerse en su lugar usando los medios más eficaces: el lenguaje, el dibujo, la palabra y el gesto.

En este apartado incluiremos: nombre y apellidos del paciente, domicilio, fecha y lugar de nacimiento, datos de filiación y laborales de los padres, aspectos culturales, sociales y religiosos.

2.2. MOTIVO DE CONSULTA

Sucintamente se expondrá porqué se acude a la consulta y quién lo deriva. Es pertinente las preguntas hipocráticas: qué, desde cuándo y a qué lo atribuye. Muy importante hacer constar quién acompaña al niño a la consulta así como el grado de aceptación del niño y de los familiares respecto al problema que le ha llevado a la consulta de psiquiatría infantil.

2.3. ENFERMEDAD ACTUAL

Pormenorizadamente se narra el surgimiento del problema, su evolución, intensidad, gravedad subjetiva y manifestaciones psicopatológicas y tratamientos previos si los hubiere. Se debe valorar el entorno del niño: padres, hermanos, residencia, colegio, amigos, así como factores culturales, religiosos y socioeconómicos.

2.4. ANTECEDENTES PERSONALES

Se dividirán entre médico-quirúrgicos y psiquiátricos. Son de especial importancia las circunstancias de

embarazo, parto y nacimiento, así como enfermedades asociadas, en especial las endocrinológicas y neurológicas. Se consignarán, asimismo las alergias e intolerancias alimentarias.

2.5. ANTECEDENTES FAMILIARES

Debemos reflejar enfermedades y hábitos de los padres así como otras personas constituyentes de la familia. Se realizará genograma que se remonte al menos hasta los abuelos del niño, detallando, los aspectos médicos y, especialmente psiquiátricos si los hubiere. Se incidirá especialmente en detallar la estructura y dinámica relacional familiar.

➔ 2.6. BIOGRAFÍA

En el niño es especialmente importante especificar pormenorizadamente las diferentes etapas vitales y cómo se han ido resolviendo los hitos del desarrollo psicomotor: concepción, embarazo, parto, lactancia, primera infancia, sonrisa social, balbuceo y habla, gateo y deambulación, control esfinteriano, relaciones con familiares, escuela y amigos, así como la evolución de la autonomía personal. Se suele explicitar cómo transcurre un día habitual y otro festivo en la vida del paciente. Reflejaremos también las actividades de ocio y aficiones. Interesarse activamente por quién es el niño y qué cosas le gustan ayuda a reducir la ansiedad.

Es de vital importancia consignar la estructura y composición familiar así como su dinámica y cambios

recientes si los hay y cómo se imbrica el niño en todo ello.

2.7. EXPLORACIÓN

Los padres deben preparar al niño para la visita, sin engaños, pues de lo contrario no colaborará. Las características del niño, edad y naturaleza del trastorno que presente influyen en la explicación y acercamiento previos.

Al entrevistar al niño, es importante que la interacción se realice de una forma apropiada según su grado de desarrollo. Así, dependiendo de su edad, la entrevista puede tener una mayor o menor orientación verbal.

La psicopatología infantil no puede entenderse sin utilizar como referencia de partida las características del desarrollo evolutivo “normal”. Y es precisamente este criterio (la desviación de las pautas “normales” del desarrollo) uno de los que fundamentalmente nos ayuda a detectar las señales de alarma psicopatológica. Se trata de aquellas manifestaciones que nos inducen a pensar inmediatamente que “algo no va bien-posibilidad de un trastorno” al tomar como marco de referencia el momento cronológico-evolutivo en el que se encuentra el niño. Por eso las señales de alerta, habitualmente se organizan en función de las diferentes etapas del desarrollo.

2.7.1. Particularidades según edad

■ Periodo de lactancia:

Va desde el nacimiento hasta aproximadamente los 18 meses. El niño ya suele haber aprendido a andar y muestra cierta independencia respecto a los padres. Consideraremos problemas físicos, ansiedad ante personas extrañas o ausencias de los progenitores, presencia de irritabilidad o evitación y nivel evolutivo de las funciones reguladoras como alimentación o sueño.

■ Niño pequeño:

Ocupa desde los 18 a los 36 meses. El niño desarrolla autonomía y autocontrol motriz e instrumental. Exploraremos el control esfinteriano, alteraciones del sueño y presencia de rabietas. Debe emitir palabras sencillas antes de los dos

años y ser capaz de combinarlas en frases cortas al finalizar el tercer año.

■ Niño en edad preescolar:

Entre los 3-5 años evaluaremos las capacidades del niño de separarse satisfactoriamente de los padres durante periodos de tiempo cortos, capacidad de entablar amistad con otros niños, autorregulación de reacciones emocionales, capacidades cognitivas y desarrollo de habilidades de autonomía como vestirse, alimentarse y control de esfínteres.

■ Niño en edad escolar:

Desde 6 a 12 años. El niño ya participa en la entrevista con una mezcla de conversación y componente lúdico (juego y dibujos). Nos interesaremos por coordinación motora, control de impulsos, relación con compañeros, aficiones, separaciones y reacciones ante éstas.

■ Adolescencia:

Esta etapa tiene una duración variable dependiendo de circunstancias biológicas, psicológicas y sociales. Su desarrollo tiene como retos franquear la pubertad, conseguir un sentimiento cohesivo de sí mismo y elaborar psicológica y físicamente la separación que se produce con respecto a la familia.

Exploraremos el desarrollo e identidad psico-sexual, consumo de tóxicos, rendimiento académico y cantidad y calidad de las relaciones interpersonales.

En la entrevista con un adolescente el respeto a su autonomía e intimidad son claves para conseguir una adecuada relación terapéutica, lo que frecuentemente implica, inicialmente, el que hable en la entrevista sin la presencia de sus padres.

2.7.2. Desarrollo de la exploración

■ Somática:

– Incluirá evaluación neurológica adaptada a la edad del paciente. Prestaremos atención a posibles rasgos dismórficos orientativos de patología asociada. Si la derivación procede del pediatra o del neurólogo la exploración médica estará ya desarrollada, de lo contrario



se realizará por órganos y aparatos con especial atención a los órganos de los sentidos.

■ Psicológica:

- La evaluación psiquiátrica es un estudio clínico completo que se utiliza para determinar si existe un trastorno psicopatológico, si está indicado un tratamiento y cuál es el que debe aplicarse. Se consignará la exploración de todas las áreas psicopatológica habituales (tabla 3). Se explicitará el carácter general del niño y los problemas y preocupaciones de él mismo y de la familia.
- Se especificarán la presencia de conductas anormales (balanceo, gritar, golpearse, rabietas, chuparse el dedo, mal control de esfínteres, chuparse las uñas), retrasos en el desarrollo motor, del habla y de la socialización (actividades de juego, independencia, búsqueda de interacciones sociales).
- Las formas de comunicación del niño cambian según su desarrollo evolutivo y, de hecho, podemos decir que hasta la adolescencia el lenguaje no es la vía preferente. Ese fenómeno diferencial condiciona también los modos de exploración clínica que han de incluir el dibujo y el juego.
- Escalas y test de evaluación: ver apartado 3 y tabla 4.

2.8. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Pruebas genéticas.
- Analíticas de sangre y orina con especial relevancia a datos neuroendocrinos.
- Pruebas neurofisiológicas: EEG, polisomnografía y potenciales evocados.
- Pruebas de imagen: radiografías, TAC, RMN.

2.9. DIAGNÓSTICO

El objetivo básico del diagnóstico clínico es conocer para intervenir o, de modo más pragmático evaluar para tratar.

Como la conducta del niño depende en gran medida del contexto se deben de utilizar métodos específicos para evaluar el comportamiento del niño en el hogar

(por los padres), en la escuela (por los maestros) y en la situación clínica (mediante la comunicación con el niño y/o uso de escalas clínicas específicas).

Se tenderá al diagnóstico multiaxial propuesto por CIE 10 o DSM IV (tabla 2) aunque en un primer momento podrá demorarse hasta ver evolución sintomática o resultados de pruebas complementarias. También podrá ser, inicialmente, sindrómico.

2.10. TRATAMIENTO

Las propuestas terapéuticas pueden ser de actitud expectante de no intervención, medidas higiénico-dietético, pedagógicas, psicoeducativas, psicoterapéuticas (individual o de grupo) y, menos frecuentemente, farmacológicas. La psicofarmacología está experimentando un importante desarrollo. Existen algunos trastornos donde los fármacos no sólo están indicados sino que existe un resultado de mejoría espectacular. En la mayoría de los casos, sin embargo, debemos valorar la relación riesgo-beneficio y procurar basarnos en las recomendaciones de evidencia científica antes de optar por esa medida que, en cualquier caso, nunca debe ser el único instrumento terapéutico.

3. EXPLORACIÓN MEDIANTE TÉCNICAS PSICOMÉTRICAS

La técnica evaluadora principal e insustituible continúa siendo la historia clínica, las restantes técnicas evaluadoras (tests, cuestionarios, informes, etc.) se utilizan a modo de examen complementario, para cuantificar o precisar el problema ya detectado.

Los test psicológicos son pruebas estandarizadas y contrastadas que permiten comparar los resultados obtenidos por un niño con un grupo control. Se pueden dividir en intelectivos, de personalidad y sindrómicos.

3.1. ESCALAS GLOBALES

- CBCL (Child Behavior Check-list, Listado de comprobación de la conducta del niño). Estudia el comportamiento de los niños de 4 a 16 años. Obtiene información acerca de trastornos emocionales, comportamentales y sociales.

↑ Tabla 2. Modelo de historia clínica psiquiátrica infanto-juvenil (continúa en la página siguiente)

1. FILIACIÓN.**2. MOTIVO DE CONSULTA.****3. ENFERMEDAD ACTUAL.****4. ANTECEDENTES PERSONALES.**

- Médico-quirúrgicos.
- Psiquiátricos.
- Desarrollo.

5. ANTECEDENTES FAMILIARES.

- Enfermedades hereditarias.
- Patologías médicas.
- Patologías psiquiátricas.
- Genograma.
- Dinámica y estructura familiar.

6. BIOGRAFÍA.

- Planificación familiar y embarazos anteriores.
- Embarazo (actitud y deseabilidad ante el mismo), parto y lactancia.
- Deambulación y habla.
- Control esfinteriano.
- Otros hitos del neurodesarrollo.
- Guardería y colegio: actitud, adaptación, relaciones y rendimiento.
- Desarrollo y grado de autonomía personal.
- Descripción de un día habitual y otro festivo en la vida del paciente.

7. EXPLORACIÓN.

- Somática. Neurológica.
- Psicológica
- Psicopatológica.
 - Aspecto, biotipología, actitud y forma de presentación.
 - Conciencia.
 - Orientación en persona, tiempo y espacio.
 - Atención.
 - Memoria inmediata, reciente y remota.
 - Inteligencia: en relación a edad y ambiente. Se pueden usar test específicos.
 - Lenguaje: producción, forma, contenido, uso de neologismos.
 - Afecto: adecuación y tipo: aplanado, deprimido, expansivo, irritable, ansioso, lábil.
 - Sensopercepción.
 - Pensamiento (curso/contenido).
 - Psicomotricidad (mímica/motórica).
 - Comportamiento instintivo: sueño, alimentación, sexualidad, agresividad.
 - Conciencia de enfermedad y juicio de realidad.

8. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: biológicas, neurofisiológicas y de imagen.



↑ Tabla 2. Modelo de historia clínica psiquiátrica infanto-juvenil (continuación)

9. DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL.

- Eje I: Síndromes clínicos.
- Eje II: Trastornos de la personalidad. Retraso mental.
- Eje III: Alteraciones médicas generales.
- Eje IV: Problemática ambiental y psicosocial.
- Eje V: Valoración global del funcionamiento.

10. PLAN DE TRATAMIENTO.

- No intervención y seguimiento.
- Psicoterapia individual o de grupo (distintos tipos).
- Técnicas con implicación de la familia.
- Tratamientos socio-sanitarios y educativos.
- Psicofármacos.

Tabla 3. CIE- 10 categorías mayores

F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.
F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes.
F30-F39 Trastornos del humor (afectivos).
F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.
F50-F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y factores somáticos.
F60-F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.
F70-F79 Retraso mental.
F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico. Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje. Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar. Trastornos específicos del desarrollo psicomotor. Trastorno específico del desarrollo mixto. Trastorno generalizado del desarrollo. Otros trastornos del desarrollo psicológico. Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación.
F90-F98 Trastornos del comportamiento de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia. Trastorno hiperactivo. Trastornos disociales. Trastornos disociales y de las emociones mixtos. Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia. Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia. Trastornos de tics. Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.
F99 Trastorno mental sin especificación.

- Child Psychiatric Rating Scale. Evalúa el campo de la psicopatología infantil por medio de 63 ítems.
- Cuestionario de Cualidades y Dificultades (SDQ: The Strengths and Difficulties Questionnaire). Ha sido creado por Robert Goodman en el Instituto de Psiquiatría de Londres. Este cuestionario detecta probables casos de trastornos mentales y del comportamiento en niños de 4 a 16 años. Consta de 25 ítems que se dividen en 5 escalas de 5 ítems cada una de ellas. Cuatro escalas miden conductas problemáticas. Dichas escalas hacen referencia a: síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad y problemas con compañeros. La quinta escala hace referencia a los comportamientos positivos: escala de conducta prosocial. Las cuatro escalas que miden conductas problemáticas conforman, a su vez, una sexta escala denominada escala total de dificultades. El cuestionario se puede conseguir, de manera gratuita, en la página web www.sdqinfo.com. Está traducida a más de 40 idiomas.

3.2. TEST INTELECTIVOS

Miden la inteligencia del niño y valoran el éxito o fracaso, frente a una serie de tareas, ya estandarizadas. Los resultados globales se expresan en cocientes de desarrollo o cocientes intelectuales que guardan mucha relación con la edad.

- Test preverbales. Se usan en menores de cinco años y dan un cociente de desarrollo que tiene que ver con el coeficiente de inteligencia. Los más conocidos son el Test de Gessel, Test de Brunet-Lézine o el de Casati-Lézine.
- Entre los 4 y los 10 años los resultados se dan en referencia a la edad y expresan el grado de dispersión respecto a una media de edad. Tienen el inconveniente de su influenciabilidad según las adquisiciones. Tenemos el Test de Binet-Simon y sus derivados como el Test de Terman-Merrill.
- Derivados del WAIS (Wechsler-Bellvue Adult Intelligence Scale), que sólo puede ser usado a partir de los 12-15 años, tenemos el WPPSI en niños de 4-6 años y el WISC IV, a partir de los 6 años.

- Test Instrumentales. Exploran determinadas funciones cognitivas como el lenguaje, organización espacial y esquema corporal. Así, tenemos el Test de imitación de gestos de Berges-Lézine (explora el conocimiento del esquema corporal) y el Test de Benton (evalúa la organización visomotriz y la memoria diferida).

3.3. TEST DE PERSONALIDAD

No dan como resultado una puntuación sino una valoración cualitativa de los componentes afectivos de la personalidad. Todas las respuestas son válidas y significativas. Se pueden dividir en:

- Cuestionarios de personalidad, principalmente basados en el MMPI y que no se pueden aplicar antes de los 16-18 años.
- Test proyectivos. El sujeto se expone a un estímulo inestructurado para que proyecte su problemática interna que será interpretada. Dentro de este grupo se encuentra el Test de Rorschach que consta de 10 láminas compuestas por manchas de simetría axial en el que se consideran el modo formal de las respuestas y sus contenidos; y el TAT (Test apercepción temática) compuesto por 30 láminas que representan escenas con personajes y sobre el que se debe contar una historia inventada, acorde a lo que sugiere el material.

El test Pata Negra consiste en una serie de dibujos en los que hay una familia de cerditos, en la que uno de ellos tiene una pata negra, que se encuentra en situaciones que exploran los diversos conflictos infantiles.

3.4. ESCALAS SINDRÓMICAS

- Hiperactividad. Escala de Conners.
- Depresión. CDRS-R (Children Depressive Rating Scale-Revisited).
- Ansiedad. CMAS-R (Revisited Children's Manifest Anxiety Scale).
- Trastorno obsesivo-compulsivo. YBOCS-C (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale for Children).
- Autismo. CARS (Childhood autism Rating Scale).

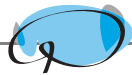


Tabla 4. Clasificación de los test según la edad de aplicación

Menores de 5 años:	Gessel Brunet-Lézine Casati-Lézine
2-6 años:	Sceno- test de Von Staabs
3-11 años:	Berges-Lézine CAT Pata Negra
4-7 años:	Bender WPPSI
4-10 años:	Binet-Simon
Mayor de 4 años:	Terman-Merrill
5-12 años:	Zazzo
6-15 años:	WISC
8-11 años:	Misses Perron-Borelli
Mayor de 8 años:	Benton
Mayor de 11 años:	TAT
Mayor de 15 años:	WAIS
Mayor de 17 años:	MMPI
A todas las edades:	Rorschach

RECOMENDACIONES CLAVE

- ↑ La evaluación psiquiátrica en niños y adolescentes es un proceso complejo que hay que contextualizar siempre en relación a edad y entorno del niño.
- ↑ Los datos somáticos y, especialmente, endocrinos y neurológicos son previos al examen psiquiátrico.
- ↑ El enfoque diagnóstico tiene su finalidad en el plan terapéutico. Básicamente en la evaluación ha de abordarse: si el niño tiene un problema que interfiera significativamente su desarrollo normal, si hay problemas de disfunción familiar, social o académica y si hay un tratamiento eficaz que permita al niño alcanzar su potencial sin una interferencia de la morbilidad psiquiátrica.

AGRADECIMIENTOS: a los profesionales de la Unidad de Salud Mental Infantil y Juvenil del Complejo Hospitalario de Jaén, por la lectura y consejos acerca de la redacción del capítulo así como el continuo estímulo para el desarrollo de la excelencia en la práctica de la Psiquiatría Infantojuvenil.

4. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Rodríguez-Sacristán J. El proceso del diagnóstico en Psicopatología Infantil. En: Psicopatología del niño y del adolescente. Sevilla: Universidad de Sevilla. 1998:173-189.

Rodríguez Hernández PJ, Herreros O. Historia clínica, evaluación y diagnóstico en psiquiatría infantil. Pediatría Integral: Curso de Formación Continuada en Psiquiatría Infantil. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria en col. Lilly.

Gutiérrez Casares JR, Bustos FJ (coords.). Valoración clínica en psiquiatría del niño y adolescente. En Manual del Residente de Psiquiatría. Madrid. Edición de GlaxoSmithKline. 1997:1391-1415.

Harrison M, Newcorn J. Exploración psiquiátrica y diagnóstico en niños y adolescentes. En: Parmalee, D X (coord.). Psiquiatría del niño y el adolescente. Madrid. Ed. Harcourt Brace. 1998.

King RA, Schwab-Stone ME, Peterson BS et al. Psychiatric examination of the infant, child, and adolescent. En: Saddock BJ, Saddock V (eds.). Comprehensive textbook of Psychiatry. 8th ed. Philadelphia: Ed. Lippincott Williams & Wilkins. 2005.

5. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Canino IA. Talking a history. En: Shaffer D, Ehrhardt AA, Greenhill LL (eds.). The clinical guide to child psychiatry . New York: Ed. The Free Press. 1985.

OMS. Guía de bolsillo de Clasificación CIE 10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Ginebra. OMS. 1992. Adaptación española: Madrid: Ed. Panamericana. 2004.

Monedero C. La Historia Clínica en Psicopatología Infantil. Madrid. Ed. Biblioteca Nueva. 1984.

Lewis M. General Psychiatric assessment of children and adolescents . En: Solnit AJ, Cohen DJ, Schowalter JE (eds.). Child Pshychiatry. Vol.6. Michels R (presidente del consejo editorial). Filadelfia: Ed. JB Lippincott, Co. 1986.

Simmons JE. Psychiatric examination of children. 4 ed. Filadelfia: Ed. Lea & Febiger. 1987.





114. ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL TRATAMIENTO



Autoras: Laura Pina Camacho y Adela Pérez Escudero
Tutora: Carmen Moreno Ruiz
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

CONCEPTOS ESENCIALES

El aspecto prioritario del tratamiento de niños y adolescentes es permitir y facilitar el desarrollo normal.

Las entrevistas de evaluación son fundamentales para analizar la demanda y elaborar la hipótesis diagnóstica y el plan terapéutico.

La intervención en niños y adolescentes debe ser multidisciplinar. Por tanto, requiere conocer los recursos socio-sanitarios disponibles y seleccionar las herramientas terapéuticas idóneas para cada caso: intervenciones psicoterapéuticas, psicofarmacológicas, sociales y educativas.

Los psicofármacos deben indicarse en niños y adolescentes cuando existe probabilidad de que la sintomatología responda a este tratamiento o en caso de falta de respuesta a otras intervenciones, teniendo en cuenta que el balance riesgo-beneficio a corto y medio plazo sea favorable.


Existen diferencias farmacocinéticas y farmacodinámicas entre niños, adolescentes y adultos que tienen implicaciones tanto en la eficacia como en la seguridad de los psicofármacos en este grupo de pacientes.

Cualquier tipo de intervención diagnóstica o terapéutica sobre un menor requerirá tanto el consentimiento de los padres o tutores legales como el asentimiento del menor, si está en situación de otorgarlo.

1. INTRODUCCIÓN




En este capítulo expondremos, de la manera más clara y concisa posible, los aspectos diferenciales básicos del tratamiento psiquiátrico en niños y adolescentes que deben ser conocidos y tenidos en cuenta cuando se trabaja con esta población.

La especificidad del tratamiento de niños y adolescentes viene marcada, fundamentalmente, por los siguientes factores:

-  La infancia y la adolescencia son períodos cruciales del desarrollo del individuo, tanto a nivel físico como psicológico.
- Es frecuente que la demanda de la evaluación no parta del paciente, sino del entorno (padres, profesores, etc.), lo que dificulta el establecimiento de la alianza terapéutica.
- Además de los cuadros clínicos de comienzo típico en menores (TDAH, trastornos del espectro autista, trastornos del aprendizaje, etc.), la



mayoría de los trastornos psiquiátricos de adultos pueden tener su inicio durante la infancia o adolescencia.

-  La menor especificidad de las manifestaciones clínicas en esta etapa de la vida, la mayor frecuencia de cuadros con debut insidioso, el frecuente solapamiento sintomático entre distintos diagnósticos, así como la variación sintomática durante el desarrollo, junto con la reticencia a diagnosticar debido al estigma social que puede generar, resulta en la práctica en una tendencia al infradiagnóstico e infratratamiento en menores, lo que implica un empeoramiento del pronóstico y la funcionalidad del paciente.
- Por otro lado, no existen categorías diagnósticas específicas en los criterios diagnósticos actuales; el diagnóstico se basa en los mismos síntomas que en el adulto.
-  La indicación de tratamiento psiquiátrico tiene que ver tanto con el diagnóstico como con el deterioro funcional que éste ocasiona en el menor.
- Cobra especial importancia en menores el balance riesgo-beneficio a la hora de instaurar un tratamiento psicofarmacológico, debiendo tener presente siempre antes de cualquier elección los criterios de eficacia, tolerabilidad, efectos adversos, etc.
-  Los niños y adolescentes pueden presentar mayor tasa de efectos adversos que los adultos para algunos tratamientos, existiendo también algunos efectos adversos peor tolerados en este grupo de edad ya que pueden interferir específicamente con la actividad social o académica (aumento de peso, acné, sedación, alteraciones cognitivas...). Se recomienda por tanto su monitorización cuidadosa.
- En cuanto a los factores de peor pronóstico, destacan el inicio precoz del trastorno, la historia familiar, el inicio insidioso, la existencia de un funcionamiento premórbido alterado y la falta de soporte social.
- Por último, debemos tener siempre presente que se trata de menores de edad, tutelados en general por sus padres y en ocasiones por otras personas o entidades, lo que plantea cuestiones legales y éticas específicas.

2. CUESTIONES RELACIONADAS CON EL DESARROLLO

Aunque pueda parecer una obviedad, el primer aspecto relevante al tratar con una población en desarrollo tiene que ver con la heterogeneidad. La variabilidad, marcada por el momento evolutivo y el desarrollo tanto cognitivo como emocional de cada paciente, es muy amplia, por lo que tanto la evaluación como el enfoque terapéutico deben tener en cuenta las capacidades y limitaciones de cada paciente en su contexto madurativo. El desarrollo físico y fisiológico plantea además cuestiones específicas en relación a los tratamientos farmacológicos, aspecto que será desarrollado al final del capítulo.

Las diferencias interindividuales del desarrollo normal complejizan el diagnóstico diferencial de las conductas potencialmente sintomáticas, ya que no siempre es fácil distinguir entre aquellas conductas que se corresponden con los estadios previos a una organización mental adulta y la presencia de patología en los menores.

A lo largo del desarrollo son relativamente frecuentes los síntomas psiquiátricos debidos a dificultades de adaptación del niño al entorno, relacionadas bien con problemas o déficits propios del niño que dificultan su adaptación a un entorno adecuado o con la presencia de un entorno inadecuado para el estadio evolutivo del niño. Es posible que la ausencia de sintomatología sea precisamente el signo de alarma en los casos en que el niño no manifieste ninguna respuesta psíquica a un entorno inadecuado u hostil.

Debemos tener en cuenta que las manifestaciones psiquiátricas en el niño son diferentes a las del adulto. Así, cuadros de inicio en la infancia y adolescencia con continuidad en la edad adulta presentan una apariencia clínica específica en esta etapa de la vida, que debemos conocer para realizar una orientación diagnóstica adecuada. Las diferencias con los trastornos de aparición en adultos son principalmente cuantitativas (frente a cualitativas), siendo muy frecuente el solapamiento clínico entre las distintas entidades clínicas. Las manifestaciones clínicas del mismo trastorno también cambian en el mismo individuo a medida que este pasa de la infancia a la adolescencia. Los casos de trastornos psiquiátricos de inicio precoz generalmente comportan mayor riesgo genético y gravedad.

De manera general, el aspecto más relevante del tratamiento de niños y adolescentes hace referencia a permitir y facilitar el desarrollo normal. En este sentido, es prioritario evaluar la capacidad del niño para mantener un desarrollo satisfactorio y la posibilidad de que una situación clínica pueda o no obstaculizarlo. Implementar el tratamiento necesario para que cada paciente pueda desarrollar al máximo sus potencialidades a medio y largo plazo debe ser uno de los objetivos básicos de la intervención en esta población.

3. CUESTIONES RELACIONADAS CON LA DEMANDA

En psiquiatría del niño y el adolescente, y más cuanto menor es la edad del paciente, lo habitual es que la demanda surja en el entorno. Serán los padres, profesores u otros adultos quienes plantearán la queja que constituye el motivo de consulta. Esta situación plantea diversas cuestiones a tener en cuenta:

- En ocasiones no existe por parte del menor demanda alguna para la consulta, lo que hace que su motivación para el tratamiento sea escasa.
- Cuando existe una demanda por parte del menor, es frecuente que ésta no coincida con la planteada como motivo de consulta.

Esto hace necesaria una evaluación cuidadosa de la situación que, en general, requerirá varias entrevistas tanto con el menor como con sus padres, juntos y con cada uno de ellos por separado. Además, resulta habitualmente conveniente recabar información de otras fuentes (escolares etc.), para lo que se debe solicitar el consentimiento tanto del menor, si está en situación de otorgarlo, como de sus padres o tutores legales. Un aspecto relevante en este momento, en la cada vez más frecuente situación de hijos de padres separados, es que ambos progenitores, salvo que la patria potestad haya sido retirada a uno de ellos, deben tener conocimiento y consentir el tratamiento del menor.

A lo largo de estas entrevistas de evaluación, que con frecuencia requerirán de exploraciones más específicas en ciertas áreas (despistaje de etiología orgánica, evaluación de capacidad cognitiva o rasgos de per-

sonalidad, evaluación psicomotriz, logopédica, etc.), debemos en primer lugar determinar si efectivamente existe un motivo de tratamiento y en su caso cuál es éste, sintetizando para ello todas las informaciones previas. El resultado de esta evaluación puede ser:

- Que no se reúnan criterios suficientes que justifiquen la intervención. La naturaleza del problema hará recomendable bien el alta o, en caso de niños y adolescentes que se encuentren en situación de riesgo potencial, la observación periódica hasta que pase el periodo de riesgo.
- Que la demanda esté causada por un conflicto que afecte al menor, pero cuya solución no pase por la actuación sobre este; por ejemplo, reacciones adaptativas a conflictos en el entorno familiar que deban ser abordados de manera general o con actuaciones sobre los padres, o conflictos en el entorno escolar que deban resolverse a este nivel.
- Que la demanda esté causada por un problema físico que sea susceptible de tratamiento por el pediatra.
- Que la demanda justifique la intervención terapéutica sobre el menor. En este caso, si el menor no ha sido capaz de generar una demanda propia, el primer paso debe ser construir con él una queja que favorezca la alianza terapéutica y la adherencia al tratamiento. El enfoque será siempre multidisciplinar, priorizando la actuación sobre cada uno de los distintos aspectos (individual, familiar, escolar...) en función de cada caso.

4. LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

La indicación de tratamiento psiquiátrico en un niño o adolescente viene determinada por dos factores fundamentales:

- Que la sintomatología obstaculice su desarrollo normal en cualquier sentido. En ocasiones, cuadros en apariencia leves pueden tener consecuencias graves a medio o largo plazo, afectando al rendimiento escolar o social del paciente. La disminución del rendimiento global de los menores durante periodos evolutivos crí-



ticos, aún cuando no sean prolongados para los estándares de la psiquiatría de adultos, pueden tener consecuencias graves y que perduren en el tiempo.

- En los trastornos mentales graves, el inicio precoz es un factor de mal pronóstico y el tratamiento precoz un factor que ha demostrado claramente mejorar el pronóstico a medio y largo plazo. Ante un trastorno mental grave de inicio en el niño o adolescente, es fundamental iniciar un tratamiento integral, adecuado y precoz que permita no sólo minimizar el impacto del cuadro en el sentido mencionado en el apartado anterior, sino mejorar a largo plazo el pronóstico de la enfermedad en sí misma.

➔ 5. ENFOQUE TERAPÉUTICO MULTIDISCIPLINAR DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

Una vez decidida la necesidad de intervención sobre el menor, debemos tener en cuenta, en primer lugar, qué recursos será necesario movilizar. En líneas generales, en la mayor parte del territorio español se dispone, con una u otra organización, de los siguientes dispositivos:

- Equipos de Salud Mental Infantil y del Adolescente, que suelen ofrecer intervenciones tanto individuales como grupales, psicofarmacológicas, psicoterapéuticas y psicoeducativas, en ocasiones no sólo para los menores sino también para sus familias.
- Hospitales de día de niños y adolescentes que ofrecen tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos en régimen de hospitalización parcial.
- Unidades de hospitalización psiquiátrica breve de niños y adolescentes, dedicadas fundamentalmente a diagnóstico diferencial, contención y tratamiento intensivo en momentos de crisis.
- Equipos de orientación psicopedagógica, integrados en los centros educativos, que ofrecen diagnósticos de los trastornos de aprendizaje, apoyo e intervenciones específicas a nivel escolar para niños y adolescentes con necesidades educativas especiales.

- Centros rehabilitadores y terapéuticos específicos orientados al tratamiento de trastornos específicos del desarrollo (lenguaje, psicomotricidad, etc.).
- Centros dependientes de asuntos sociales que ofrecen intervenciones específicas sobre las familias, menores en riesgo declarado (CAI, CAF, etc.).

Es fundamental la elaboración de un plan individualizado de tratamiento para cada menor, en el que se favorezca la adecuada coordinación entre los distintos recursos. Debemos tener en cuenta que no es infrecuente que los menores que llegan a salud mental requieran de una protección específica por parte de servicios sociales y que en ocasiones serán los servicios de salud mental quienes señalen esta necesidad y soliciten la convocatoria de los recursos necesarios.

6. ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO

La indicación de tratamiento psiquiátrico tiene que ver tanto con el diagnóstico como con el deterioro funcional que éste ocasiona. Además de las intervenciones familiares, sociales y educativas mencionadas previamente, será necesario implementar un tratamiento específico, psicológico y/o psicofarmacológico.

El uso de psicofármacos en niños y adolescentes es un tema controvertido. La escasez de estudios en población pediátrica hace que, salvo excepciones, la mayoría de las recomendaciones sobre tratamientos psicofarmacológicos estén guiadas por estudios en adultos o por la experiencia clínica de profesionales especializados. En líneas generales, el tratamiento psicofarmacológico se indica cuando existe una elevada probabilidad de que la sintomatología del niño responda a este tratamiento o ante cuadros graves o que no han respondido a otro tipo de intervención. En cualquiera de los casos será prioritario evaluar el riesgo beneficio de cada actuación. En este sentido, la falta de intervención en un periodo vulnerable del desarrollo o en los estadios iniciales de trastornos mentales graves, puede empeorar el pronóstico y la funcionalidad a medio y largo plazo. Por otra parte, los psicofármacos no están exentos de efectos secundarios, existiendo aún limitada evidencia de los efectos a medio o largo plazo sobre niños y adolescentes.

7. TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO EN EL NIÑO Y ADOLESCENTE

Para manejar de manera adecuada los psicofármacos en la infancia y la adolescencia no podemos, sencillamente, basarnos en la información procedente de su uso en los adultos. Las diferencias en el metabolismo de las sustancias por parte del organismo (farmacocinética), en los efectos de las mismas sobre el cerebro (farmacodinámica) y en las manifestaciones de la psicopatología a lo largo del desarrollo, tienen implicaciones tanto en la eficacia como en la seguridad de los psicofármacos y hacen necesario investigar directamente en niños.

7.1. FARMACOCINÉTICA

La farmacocinética afecta a la disponibilidad de principio activo en el sitio de acción e influye directamente en la duración e intensidad del efecto farmacológico. El conocimiento de las características farmacocinéticas de un medicamento permite determinar el rango de dosis eficaz y segura, así como la frecuencia de administración. Los procesos farmacocinéticos se ven condicionados por el desarrollo, de tal manera que ajustar la dosis de un fármaco a la baja, en función sólo del menor peso corporal, puede ocasionar una infradosificación.

7.1.1. Absorción y Distribución

Determinan el tiempo que tarda en aparecer el efecto farmacológico. Pueden afectar a la aparición de efectos secundarios.

- **Absorción:** en la práctica no hay diferencias respecto al adulto, aunque las formas farmacéuticas líquidas, administradas con mayor frecuencia en niños tienen una absorción más rápida, y cuando las pastillas se machacan, disuelven o mezclan con alimentos, para facilitar su toma, la tasa de absorción es errática.
- **Distribución:** los niños tienen menor tamaño corporal y menor volumen de distribución, lo que implica un mayor pico de concentración plasmática, que favorece la aparición de efectos secundarios. Además, la menor proporción de proteínas plasmáticas y mayor permeabilidad de la barrera hemato-encefálica hacen que la concentración relativa de fármaco en SNC sea

mayor que en el adulto. La adolescencia se caracteriza por un importante incremento en la talla y redistribución en los compartimentos corporales, además de por un aumento de la diferenciación sexual. En los varones aumenta la proporción de agua corporal y en las mujeres la de grasa. Estos cambios pueden dar lugar a diferencias farmacocinéticas entre ambos sexos.

7.1.2. Metabolismo y eliminación

Condiciona la vida media del fármaco y por tanto la frecuencia de administración.

- Los enzimas del citocromo P 450, responsables del metabolismo de gran número de fármacos hacia formas más polares, y por tanto más fácilmente eliminables, maduran precozmente, alcanzando una capacidad metabólica equivalente a la del adulto a la edad de tres años. Debido a la mayor proporción de parénquima hepático en los niños, esto hace que tengan, proporcionalmente, mayor capacidad metabólica, menor biodisponibilidad y metabolismo más rápido del fármaco, con menor ratio metabolito/principio activo y vida media más corta del fármaco.
- La mayor proporción de agua corporal y menor de tejido adiposo y la menor proporción de proteínas plasmáticas favorecen una eliminación más rápida de los fármacos, disminuyendo su vida media.
- La mayor proporción de parénquima renal respecto al tamaño corporal condiciona mayor capacidad de aclaramiento y eliminación más rápida del fármaco. Esto también disminuye la vida media del fármaco en niños y adolescentes.

Implicaciones de la vida media de eliminación más rápida:

- Niveles de fármaco estables en plasma se consiguen más rápido con la administración repetida.
- La eliminación es más rápida y los síntomas de retirada son más frecuentes.
- Es necesario aumentar la frecuencia de las tomas para mantener niveles estables en plasma y prevenir los síntomas de abstinencia entre tomas.



7.2. FARMACODINÁMICA

Los efectos del desarrollo sobre la especificidad e intensidad de estos efectos no han sido estudiados de manera sistemática.

La mayor parte de los psicofármacos actúan sobre la actividad de los neurotransmisores, cuyos receptores sufren grandes cambios a lo largo del desarrollo. Los niveles de receptores son muy elevados en la edad preescolar y luego disminuyen paulatinamente, hasta alcanzar los niveles del adulto al final de la adolescencia. Sin embargo, este perfil no corresponde a todos los neurotransmisores, existiendo algunos que maduran antes que otros. Aunque aún no están suficientemente estudiadas, hay indicios que sugieren que estas variaciones tienen consecuencias sobre la eficacia diferencial de algunos psicofármacos en función de la edad.

➔ 8. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Cuando se trabaja con niños y adolescentes es necesario tener en cuenta ciertos aspectos legales que influirán también en el plan de intervención terapéutica del menor.

8.1. ASPECTOS LEGALES GENERALES

Como avanzábamos anteriormente, a la hora de realizar cualquier tipo de intervención diagnóstica o terapéutica sobre un menor, se debe solicitar el consentimiento del mismo, si está en situación de otorgarlo, así como de los padres o tutores legales. Dicho consentimiento se define como consentimiento por representación y viene recogido en la ley básica reguladora de la autonomía del paciente (Ley 41/2002, de 14 de noviembre).

8.2. ASPECTOS LEGALES RELATIVOS AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Muchos fármacos se prescriben para el tratamiento de situaciones clínicas en niños sin que exista indicación expresa en ficha técnica o sin que estén aprobados por la EMEA para tal uso. El uso de fármacos fuera de indicación en menores no es una práctica inadecuada per sé, ya que muchas veces está avalado por los datos empíricos y/o sigue las indicaciones de las guías clínicas. Sin embargo, antes de plantear una prescripción fuera de indicación, es imprescindible que los padres sepan que se va a realizar, proporcionándoles siempre una información cuidadosa, fundamentalmente en relación al riesgo-beneficio, para fundamentar su decisión a la hora de otorgar o no su consentimiento para dicho tratamiento.

RECOMENDACIONES CLAVE

Desarrollo	Incluye aspectos físicos y psicológicos. Variabilidad de cada paciente en relación con los demás en cada momento y en relación a si mismo a lo largo del desarrollo. Dificulta el diagnóstico diferencial y la elección de tratamiento.
Evaluación	Generalmente la demanda no parte del paciente sino del entorno. La evaluación debe incluir múltiples fuentes. Prioritario establecer la alianza terapéutica con el menor.
Diagnóstico	Complejo. Frecuente la presencia de síntomas inespecíficos y el solapamiento sintomático entre los distintos diagnóstico. Diferencias fundamentalmente cuantitativas con los trastornos del adulto.
Tratamiento	Prioritario en la intervención potenciar el desarrollo y la máxima funcionalidad. Multidisciplinar. El tratamiento precoz mejora el pronóstico a medio y largo plazo. Los datos de eficacia y efectos secundarios en menores aún son escasos. Necesario establecer el balance riesgo beneficio al instaurar un tratamiento. Es preciso ajustar las dosis y la frecuencia de administración de los psicofármacos. Debe existir consentimiento para el tratamiento por parte de los responsables legales y, si está en condición de otorgarlo, también del menor.

9. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Turk J, Graham P, Verhust F. Child Psychiatry: a Developmental Approach. 4ª ed. Oxford University Press. 2007.

Barker P. Basic Child Psychiatry. 7ª ed. Ed. Blackwell Science. 2004.

Goodman R, Scott S. Child Psychiatry. Ed. Blackwell Publishing. 2005.

Rutter M. Development Through Life. Ed. Blackwell Science. 1994.

Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson J, Taylor E, Thapar A. Child and Adolescent Psychiatry. 5ª ed. Ed. Blackwell Publishing. 2008.

10. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Martín A, Volkmar F, Lewis M. (eds.). Child and Adolescent Psychiatry- A Comprehensive Textbook. Ed. Lippincott Williams and Wilkins. 2007.

De Val J. Crecer y Pensar. Ed. Paidós. 1991.

Toro Trallero J, Psicofarmacología clínica de la infancia y adolescencia. Ed. Masson. 1998.

Donaldson M. Children's Minds. Ed. Collins. Harper Collins. 2006.

Rutter M. Helping Troubled Children. Ed. Penguin. 1975.





115. LOS DIFERENTES DISPOSITIVOS ASISTENCIALES EN PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL. ROLES, FUNCIONES, ORGANIZACIÓN



Autores: Beatriz Baón Pérez y Luis Beato Fernández
Tutor: Luis Beato Fernández
Hospital de Ciudad Real. Ciudad Real

CONCEPTOS ESENCIALES

Según la OMS la mayor proporción de medidas de promoción y mejora de la salud mental del niño y del adolescente provienen del autocuidado y del medio sociofamiliar y escolar en el que se desarrollan.

Los dispositivos que conforman los Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil se caracterizan por seguir un modelo comunitario, especializado y preventivo.

Se requiere un amplio espectro de dispositivos para detectar y tratar los problemas mentales del niño y del adolescente en un continuo de cuidados, desde su medio más próximo hasta las unidades de hospitalización donde puede permanecer ingresado.

1. INTRODUCCIÓN

Existe evidencia de que en salud mental es preferible tratar a los niños y a los adolescentes en un ámbito lo menos restrictivo posible y lo más cercano a su propia comunidad. Este principio requiere que un amplio número de dispositivos estén organizados para detectar y tratar las necesidades de los niños y adolescentes con problemas mentales a nivel ambulatorio, en programas de hospitalización parcial y en unidades hospitalarias, cuando la gravedad del caso o la contención del medio lo exijan. Esto es lo que ha venido a conocerse como el *continuum* de cuidados a través de servicios que atienden a los pacientes desde su medio más próximo, incluida la atención domiciliaria, a las unidades hospitalarias donde el paciente permanece ingresado.

2. PECULIARIDADES EN LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL (SMIJ). MODELO ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN

La atención a los problemas mentales en la infancia o adolescencia también tiene unas características

que los hacen especiales: es necesario interpretar la realidad clínica de los menores como cambiante, en continua evolución y desarrollo. El abordaje y tratamiento de los síntomas no se hace exclusivamente como una forma de controlar las manifestaciones de la enfermedad mental, sino como la intervención más o menos precoz en un proceso evolutivo que podría limitar la calidad de vida y el sufrimiento futuro de quien lo padece. Las etapas evolutivas tienen especificidades que requieren intervenciones y estrategias diferenciadas y propias de cada etapa.

Esto debe reflejarse en la práctica clínica y en la formación del equipo especializado que atienda a los niños y jóvenes, que requieren conocimientos y habilidades diferentes de las que se necesitan para atender la población adulta.

2.1. MODELO COMUNITARIO

▲ Además de lo 'cambiante' de los síntomas, al niño y adolescente hay que conocerlo en su ambiente. La demanda de atención en estos pacientes no viene



por el propio afectado, sino por su entorno. La capacidad que tengan los cuidadores de manejar las conductas, y la lectura que hagan de sus síntomas, condicionará la petición de atención. Por otra parte, la continua interacción que el menor hace con las figuras de autoridad o con sus padres tendrá una influencia decisiva en la expresión clínica. Es primordial, por lo tanto, un modelo que contemple:

- Al niño como unidad bio-psico-social, atendiendo a sus necesidades y problemas en todos los ámbitos de su vida, considerándolos como un todo y no como aspectos aislados y parciales.
- Al niño en su contexto familiar, inseparable de él. Esto no será posible sin una adecuada coordinación y comunicación con todas las organizaciones y recursos que intervienen en la vida del niño: salud, educación, servicios sociales, sistema judicial y otras instituciones con las que el niño esté relacionado.

Según este documento la mayor proporción de medidas de promoción y mejora de la salud mental del niño y del adolescente provienen del autocuidado y del medio sociofamiliar y escolar en el que se desarrollan. Las acciones de prevención y promoción de la salud mental se desarrollan desde los sectores de salud, educativo y social, y se ven involucrados:

- Equipos de atención primaria: pediatras, médicos de familia, personal de enfermería y trabajadores sociales.
- El profesorado y los equipos de orientación psicopedagógica.
- Los organismos de salud pública a través de campañas de promoción de salud mental y de la prevención de riesgos como el abuso de sustancias adictivas.
- Los organismos sociales y de justicia, a través de la atención al menor y a la familia.

2.2. MODELO PREVENTIVO

La OMS en la guía sobre políticas y planes de salud mental infanto-juvenil publicada en 2005 recomienda la intervención coordinada de múltiples organismos, tal y como se refleja en la figura 1 para promover y mejorar la salud mental en niños y adolescentes.

En el ámbito de los servicios de salud mental, las medidas de prevención secundaria y terciaria, pasado el primer escalón de la atención primaria, se desarrollan en los servicios comunitarios de salud mental y en las unidades especializadas en los hospitales generales que posteriormente pasaremos a describir.

Figura 1. Recomendación de la OMS sobre la participación de los diversos servicios (adaptada de OMS, 2005)





Tabla 1. Dispositivos de salud mental infanto-juvenil (adaptada de OMS, 2005)

Servicios	Localización	Personal	Servicios prestados
Cuidados comunitarios y medidas de salud pública.	<ul style="list-style-type: none">- Familia.- Colegios.- Centros de protección y reforma.- Casas de acogida.- ONGs.	<ul style="list-style-type: none">- Personal no sanitario.- Voluntarios.	<ul style="list-style-type: none">- El foco de atención a este nivel se centra en la promoción de la salud mental y en la prevención primaria de los trastornos mentales.
Servicios de atención primaria.	<ul style="list-style-type: none">- Centros de Salud.- Servicios Sociales y socio-sanitarios de atención a las familias.	<ul style="list-style-type: none">- Médicos.- Enfermeras.- Trabajadores sociales.	<ul style="list-style-type: none">- Educación a padres y menores sobre hábitos de salud general y de salud mental.- Cribado y detección precoz de problemas de salud mental (incluida tendencia suicida).
Servicios de salud mental comunitarios.	<ul style="list-style-type: none">- USM-IJ.- Hospital de Día.- Equipos de atención integral en la comunidad.- Unidades de niños en riesgo.- Unidades de atención temprana y de apoyo psicopedagógico.	<ul style="list-style-type: none">- Especialistas en salud mental (psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales).- Equipos multidisciplinares con formación especial en salud mental infanto-juvenil.	<ul style="list-style-type: none">- Investigación y tratamiento de problemas graves derivados desde los servicios de atención primaria de salud.- Consulta, supervisión y formación de personal de los servicios de AP.- Coordinación y participación con otros dispositivos de diferentes sectores (locales, regionales) y con ONGs en iniciativas de prevención y promoción de la salud mental.
Hospitales generales o pediátricos.	<ul style="list-style-type: none">- Unidades de Hospitalización Breve (UHB-IJ).- Unidades de tratamiento específico por patologías.	<ul style="list-style-type: none">- Especialistas en salud mental (psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales).- Equipos multidisciplinares con formación especial en salud mental infanto-juvenil.	<ul style="list-style-type: none">- Investigación y tratamiento de problemas graves derivados desde los servicios comunitarios de salud mental.- Servicios de diagnóstico y tratamiento altamente especializados con programas de investigación paralelos.- De referencia para diagnóstico y orientación terapéutica en el resto de dispositivos.
Dispositivos de media y larga estancia.	<ul style="list-style-type: none">- Unidades de crisis de adolescentes.- Unidades de tratamiento específico por patologías (TCA, conductas adictivas).- Residencias socio-sanitarias y centros de menores.- Unidades de familias y menores.	<ul style="list-style-type: none">- Especialistas en salud mental infanto-juvenil.	<ul style="list-style-type: none">- De referencia para terapias a medio y largo plazo en el resto de dispositivos.- Servicios de rehabilitación para pacientes con TMG o alteraciones de conducta graves.



La necesidad de este recurso ha sido objeto de intenso debate en la planificación de servicios de salud mental de nuestro país. A diferencia de lo que ocurre en los adultos donde no existe discrepancia, en el caso de los adolescentes y sobre todo de los niños, las alteraciones de conducta graves con frecuencia son referidas a su contexto social y familiar, por lo que se considera que sacarlos de este contexto con un internamiento no resolvería el problema sino que retrasaría su solución o sería una medida perjudicial al privar al paciente de los 'cuidados' de su familia. Por otra parte, referir las alteraciones de conducta graves a un problema de salud mental conlleva el no cuestionar a los padres o eximir responsabilidades en los adultos del entorno del niño o adolescente pasando la responsabilidad al terapeuta.

Sin embargo, a pesar de las consideraciones anteriores, se ha probado que determinados trastornos mentales requieren ser diagnosticados y tratados en el medio hospitalario. El sistema judicial vela en estos casos porque no se lesionen ninguno de los derechos del menor hospitalizado (el Código Civil, en su última modificación de 1996, en el artículo 211 exige que "...el internamiento de menores por razón de trastorno psíquico debe realizarse en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad...").

Cada unidad cuenta con psiquiatras, psicólogos, terapeuta ocupacional, enfermeras, auxiliares de enfermería, personal administrativo y un trabajador social. Muchos de los pacientes que requieren hospitalización pueden estar en periodo de escolarización obligatoria por lo que deben intervenir profesores del aula hospitalaria. En estas unidades se considera que la enfermería no se limitará a la administración de las pautas farmacológicas o cuidados de enfermería, sino que deberá evaluar y apoyar toda la actividad asistencial y contener las situaciones de tensión. En estas situaciones, una de las técnicas probadas para su aplicación terapéutica es la denominada "Collaborative Problem Solving", que forma parte del proceso terapéutico del paciente.

La salida terapéutica del paciente al alta pretende la máxima reintegración en su entorno socio-familiar. Para asegurarnos que se ha logrado correctamente puede ser necesario en algunos casos periodos de salida cortos para evaluar la adecuada integración del paciente o la derivación a HDI-J para completar con éxito este proceso.

4.4. OTROS DISPOSITIVOS

- En la actualidad existe cierta tendencia a la creación de dispositivos para tratamiento específico de determinadas patologías. Este es el caso de las unidades de TCA y de las unidades de conductas adictivas en adolescentes, estas últimas aún muy incipientes incluso en los servicios más desarrollados. Cabe mencionar también unidades de referencia para seguimiento ambulatorio de trastornos por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) graves y también para el estudio y seguimiento de primeros episodios psicóticos. Estas unidades especializadas permiten además desarrollar programas de investigación de forma paralela a su actividad asistencial.
- Unidades de crisis de adolescentes. Se trata de un dispositivo hospitalario específico centrado en la atención especializada en los trastornos mentales en el periodo de la adolescencia, fuera de los hospitales generales, en las instalaciones de hospitales de psiquiatría. Existe una en Cataluña, creada en 1994, destinada a tratamientos intensivos en situaciones agudas, con una estancia media aproximada de un mes. Recientemente se ha ampliado este dispositivo con otra unidad llamada de Crisis de Adolescentes Subagudos (CAS), con estancias más largas, de dos o tres meses, cuando la sintomatología hace difícil el regreso a casa o al centro educativo de manera más precoz.
- En el caso de trastornos de la conducta graves, además de la red sanitaria, se amplían los dispositivos a otros ámbitos de tipo educativo, social y judicial. En el ámbito socio-sanitario existen centros especializados en trastornos de conducta en los que la dirección, educadores y gestión pertenecen a los Servicios Sociales y los facultativos, psicólogos y psiquiatras y enfermería forman parte de los servicios de salud. Un ejemplo de lo anterior sería el caso del Centro de Atención Especializada del Menor (CAEM) en Castilla La Mancha, dispone de plazas residenciales con programas de rehabilitación y reinserción en el medio socio-educativo del menor. En el ámbito socio-asistencial de menores, existen también centros residenciales de atención educativa intensiva y con medidas de separación de grupo o aislamiento de acuerdo



5. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Acceso a todas las páginas web a 30 de septiembre de 2009:

Report of the pre-conference meeting on the mental health of children and adolescents (Luxembourg, September 2004). <http://www.euro.who.int/document/MNH/ebrief14.pdf>

Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions. World Health Organization, Geneva, 2003. http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf

Child and adolescent mental health policies and plans. World Health Organization, Geneva, 2005. http://www.who.int/mental_health/policy/en/Child%20%20Ado%20Mental%20Health.pdf

Project Atlas: Database. Geneva, World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence, 2004. http://www.who.int/mental_health/resources/Child_ado_atlas.pdf

Wilkinson R, Marmot M. Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados. OMS. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. 2003.

6. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Shepperd S, Doll H, Gowers S, James A, Fazel M, Fitzpatrick R, Pollock J. Alternatives to inpatient mental health care for children and young people. Cochrane Database Syst Rev. 2009;Apr15(2):CD006410.

Grimes K, Kapunan P. Children's Health Services in a System of Care: Patterns of Mental Health, Primary and Specialty Use. Public Health Report. 2006;121:311-323.

Thornicroft G, Tansella M. La matriz de la salud mental. Manual para la mejora de servicios. Madrid: Ed. Triacastela. 2005.

Wiener JM, Dulcan MK. Tratado de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia. Ed. Eselvier-Masson. 2004.

Martin A, Volkmar FR. Lewis's Chile and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook. 4ª ed. Ed. Lippincott Williams & Wilkins. 2007.



116. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES EN PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL



Autores: Laura Borredà Belda y Pedro Enrique Asensio Pascual

Tutor: Francisco Pérez Prieto

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia

CONCEPTOS ESENCIALES

En psiquiatría infanto-juvenil la demanda de tratamiento a menudo no es realizada por el propio menor sino por su entorno, por lo que uno de los aspectos clave que hay que trabajar es la voluntariedad. Hay que respetar e integrar los deseos del niño y de aquellos que solicitaron la demanda.

La necesidad de consentimiento informado para algunas actuaciones de evaluación y terapéuticas, el secreto profesional y la hospitalización psiquiátrica de menores, son aspectos polémicos al no estar tan claramente definidos como en los adultos.

El diagnóstico psiquiátrico puede ser excluyente y estigmatizante, vulnerando en ocasiones el principio bioético de justicia, al generar situaciones y comportamientos discriminatorios.

1. INTRODUCCIÓN

El trabajo de los psiquiatras infantiles es clínica y éticamente difícil. El trabajo clínico requiere un conocimiento de las cuestiones de desarrollo del niño, las leyes aplicables, las necesidades de cuidado y los principios éticos. La aplicación de los principios de autonomía y consentimiento informado es muy diferente en los niños y principios éticos comunes tales como la beneficencia y el no hacer daño, a menudo son más polifacéticos y menos sencillos.

Los niños a menudo no realizan una demanda directa, son traídos, porque existe preocupación por su bienestar o porque están causando problemas a los demás. En muchas ocasiones, los objetivos del tratamiento expresados por aquellos que se refieren al niño pueden ser muy distintos a los de éste. De hecho, los niños pueden no tener ningún deseo para el tratamiento y esto provoca que uno de los aspectos que haya que tratar desde el principio sea el de la voluntariedad. Los psiquiatras estamos éticamente obligados a respetar e integrar los deseos del niño

y de aquellos quienes solicitaron la demanda, las necesidades de maduración del paciente, las creencias culturales de la familia acerca de los roles de la misma y las prácticas de crianza.

Los psiquiatras generales tienen el lujo relativo de centrarse solamente en el paciente adulto, mientras que el psiquiatra infantil debe tener en cuenta las necesidades, capacidades y disponibilidad de los padres del niño, la familia y la escuela.

En general existe una falta de criterios claros de actuación con respecto al secreto profesional y las situaciones en que puede ser roto. La necesidad de consentimiento informado para algunas actuaciones de evaluación y terapéuticas, así como la hospitalización psiquiátrica de menores, son también aspectos polémicos.

2. CONFIDENCIALIDAD

En los servicios de salud mental infanto-juvenil se dan, cada vez más, múltiples situaciones en donde



se puede comprometer el derecho a la confidencialidad de nuestros pacientes y los principios básicos bioéticos de beneficencia y justicia.

2.1. CONFIDENCIALIDAD

La confidencialidad se refiere, tanto al derecho del sujeto a que no sean reveladas las informaciones confiadas a otras personas, como al deber por parte del clínico de mantener en secreto la información obtenida del paciente en el transcurso de la relación profesional entre ambos.

2.2. CONFIDENCIALIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

A nivel clínico la confidencialidad se equipara con el término de “secreto médico”. La mutua confianza es la base de la relación terapéutica. El paciente revela al terapeuta aspectos de su vida íntima y es la preservación de la intimidad la que debe presidir determinados modos de exploración (evitando invasiones innecesarias) y determinados límites en la anamnesis (interrogando sólo sobre los datos relevantes al proceso).

Desde la perspectiva legal no se ha cumplido, por el momento, el mandato constitucional de que por ley se regule el secreto profesional. La Ley de Autonomía del Paciente, Información y Documentación Clínica introduce el derecho constitucional a la intimidad (Art. 7) en el ámbito sanitario, y lo concreta en el respeto a la confidencialidad de los datos del estado de salud, salvo autorización amparada por la ley. El Código Penal de 1995 castiga la revelación de secretos, delito que se agrava cuando el sujeto pasivo es menor o incapaz. La ley de Enjuiciamiento Criminal señala la obligatoriedad para médicos y profesionales de la Sanidad la declaración y denuncia de delitos conocidos en el ejercicio de su profesión.

2.3. CONFIDENCIALIDAD Y MENORES

El derecho legal a la confidencialidad pertenece al paciente y la renuncia al mismo sólo puede proceder del propio paciente, menos en las situaciones de excepción recogidas en los estatutos o bien por orden de un juez. Este derecho legal básico del adulto se complica cuando la persona implicada es un menor. En general, los padres o tutores legales que consienten que un menor reciba tratamiento ostentan

el derecho legal a toda la información ofrecida por el mismo, aunque es necesario contar con el menor, sobre todo en el caso de los menores competentes (los límites no están claramente definidos por lo que es necesario considerar la edad cronológica y las capacidades mentales y emocionales del menor).

Para los profesionales de salud mental quebrantar la confidencialidad supone arriesgarse a perder la relación terapéutica y la continuidad de tratamiento. Es importante pactar desde el primer momento con el menor y sus padres los niveles de comunicación que van a presidir el tratamiento, los aspectos que se van a compartir y la existencia, en su caso, de aspectos confidenciales no compartidos y las posibles excepciones a esta confidencialidad.

2.4. TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN

El diagnóstico psiquiátrico puede ser excluyente y estigmatizante dando lugar en muchos casos a una vulneración de otro de los principios básicos de la bioética: el de justicia, en la medida que la estigmatización genera comportamientos y actitudes claramente discriminatorias. De otra parte, también conocemos los marcados aspectos positivos para el tratamiento que conlleva una actuación bien programada en el ámbito escolar. Es por ello necesario establecer canales informativos y de colaboración con los profesionales de la enseñanza, a la vez que se deberían comprometer en el mantenimiento de la confidencialidad como un derecho supremo e inviolable del niño. Sería un secreto médico derivado al que todos los implicados le debemos obligado cumplimiento.

2.4.1. Información al paciente

La Ley General de Sanidad asegura el derecho del paciente a recibir información continuada escrita o verbalmente. Tanto el menor como su familia tienen derecho a ser informados sobre el posible diagnóstico del paciente, tratamientos disponibles y todos los aspectos que tengan que ver con la práctica clínica. Hay que hacerlo con un lenguaje comprensible adaptado a su nivel sociocultural.

2.4.2. Información a terceros

La información a terceros ha de contar siempre con el consentimiento del menor o su representante legal.

Es preferible en estos casos dar la información por escrito a la familia o leerlo delante de ellos por si hubiera algún aspecto de su intimidad que quieran mantener confidencial.

La información que se aporte va a depender de la persona a la que se destine y con qué fin se solicite:

- En el caso de profesores o profesionales de servicios sociales, aunque también están sujetos al secreto profesional, es preferible aportar la información mínima y suficiente evitando datos personales y familiares o incluso diagnósticos que puedan plantear expectativas poco terapéuticas.
- Si la información es solicitada por otros profesionales clínicos, es conveniente que el informe sea lo más completo posible, incluyendo antecedentes personales y familiares que sean relevantes en el problema, exploraciones psicopatológicas, tratamientos realizados y la eficacia de los mismos, así como la orientación terapéutica propuesta.
- Si la información es solicitada por terceros pagadores la jurisprudencia apoya la negativa a facilitar datos personales sin el consentimiento del paciente y/o sus representantes legales.
- En el caso de que sea solicitada información por parte de las autoridades judiciales, lo prioritario es la colaboración con la judicatura pues el juez es el que va a decidir en última instancia en situaciones que implican a un menor, un presunto incapaz o un implicado. El profesional está obligado a la entrega de un informe o de toda la historia clínica si así se requiriera, aunque puede pedir aclaración de los motivos de la petición judicial.

2.5. CONFIDENCIALIDAD Y SITUACIONES ESPECIALES

↑ Con independencia de si el poseedor del derecho es alguno de los progenitores o bien el propio menor, el clínico tiene una obligación legal respecto a la violación de la confidencialidad, a la información del problema a las personas o autoridades designadas y a la adopción de las medidas necesarias para contener al paciente y proteger a otras personas del peligro de violencia en el caso de que el paciente

suponga un peligro inminente respecto a lesionarse a sí mismo o a los demás, o bien realice amenazas concretas de violencia contra personas concretas. La protección del menor ante sospecha de malos tratos o abusos es prioritaria. Este hecho está contemplado en las Declaraciones de Principios Médicos referidas a Psiquiatría: Declaración de Madrid (1986) y Declaración de Hawaii (1997).

El psiquiatra infantil puede estar implicado en un proceso legal como perito o como testigo:

- Como perito se le pide al profesional que establezca si existe o no patología y si esta tiene relación con los hechos juzgados. La obligación de informar afecta a las pruebas judiciales únicamente, y hay que aclarar al paciente el carácter de evaluación, y no terapéutico, de la entrevista.
- Como testigo es conveniente pedir al juez que nos libere del secreto profesional, dado que esta información se obtuvo en situación de confidencialidad. Esta confidencialidad se puede romper en el caso de abusos o malos tratos a menores, o cuando el inculcado sea el propio profesional.

3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

3.1. ¿QUÉ ES EL CONSENTIMIENTO INFORMADO?

El consentimiento informado representa la obligación legal que tiene el médico de informar a su paciente de los riesgos y beneficios ligados al tratamiento o la intervención propuestos, para que éste decida de acuerdo con su criterio. Se trata de obtener la conformidad del paciente o de los tutores en nuestro caso, al ser un menor de edad, para aplicar un tratamiento médico.

Es uno de los elementos básicos de una buena relación clínica, pero cuando se utiliza solamente como documento escrito, se puede correr el riesgo de emplearlo con fines exclusivamente defensivos ante futuras reclamaciones y perder sus características. Así pues, no debe confundirse "Consentimiento Informado" con "documento escrito de Consentimiento Informado", pues no necesariamente todo proceso de información ha de concluir en documento escrito. En todo caso, previo a cualquier consentimiento escrito



es imprescindible una explicación verbal y siempre se ha de confirmar que la información aportada ha sido comprendida por el informado.

La aplicación de una intervención sanitaria sin un consentimiento previo puede significar de por sí un acto de “mala praxis médica”, e incluso, dejando a un lado aspectos éticos, podemos estar incurriendo en responsabilidad criminal por un delito de coacciones (Art. 172 del Código Penal). La indicación adecuada no exime de responsabilidad.

3.2. MARCO LEGAL DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Ley General de Sanidad del 25 de abril de 1986 aclara los aspectos del consentimiento informado:

- En líneas generales es preciso el previo consentimiento escrito para realizar cualquier tipo de intervención médica que implique un daño para el paciente. Si no entraña riesgo, no se precisa. En nuestro caso se incluyen algunas exploraciones médicas o los tratamientos farmacológicos. Esto es especialmente relevante ya que en muchos casos usamos fármacos no aprobados para su uso en las edades de nuestros pacientes.
- Se contemplan tres situaciones de excepción donde, a pesar de que haya un riesgo implícito en la intervención, se puede actuar sin el consentimiento del paciente:
 - Si la no intervención supone un riesgo para la salud pública. En estos casos prevalece el bien de la comunidad. Un ejemplo es la sujeción mecánica o química en un paciente agitado con riesgo de agresión a terceros.
 - Cuando el paciente no está en condiciones de consentir, se debe obtener el consentimiento informado de familiares o del tutor legal. En nuestro caso ésta es la norma.
 - Situaciones de urgencia.

En el caso de determinaciones analíticas de VIH, VHC, alcohol y drogas de abuso se debe de contar con el consentimiento del paciente o su familia.

3.3. CONSENTIMIENTO Y MENOR

Los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad son quienes tienen la obligación de proteger

los derechos del menor, así, deben dar su consentimiento en los procedimientos clínicos a los que van a ser sometidos sus hijos, salvo que:

- Ellos no sean competentes.
- Existan diferencias irreconciliables entre ellos.
- Hayan renunciado a esta responsabilidad y exista otro tutor.

La negación de los padres a un tratamiento de eficacia probada requiere la intervención del juez.

Los padres o tutores (Art. 92, 154, 216, 233 CC) sólo pueden decidir en el mayor beneficio del menor. El beneficio en primera instancia lo define el menor, cuando éste es maduro. Si el menor es incompetente, lo define su familia, ya que ésta se considera como lugar común de proyectos de valores e ideales del menor compartidos por todos sus miembros. De esta forma los padres pueden conocer el mayor interés del menor y actuar, según lo que él desearía para sí, en esta decisión.

3.3.1. Consentimiento y “menor competente”

En términos generales se considera que un menor es “competente” para tomar decisiones sanitarias cuando:

- Comprende la información recibida sobre su enfermedad. Antes de los 12 años es difícil esta comprensión ya que el niño pequeño vive la enfermedad como algo externo, no capta la idea del proceso causada por la disfunción del propio organismo.
- Posee un nivel de razonamiento que le permite prever riesgos y consecuencias, a partir de los 12 años se desarrolla el pensamiento abstracto, la posibilidad de realizar hipótesis, prever consecuencias futuras y entender el concepto de probabilidad.

En el convenio de Oviedo, se establece por una parte la edad de 12 años a partir de la cual debe oírse al menor antes de decidir sobre lo que puede ser de su interés y por otra, la posibilidad de ser oído, aún antes de dicha edad, si tuviera suficiente juicio moral y madurez. En cualquier caso es conveniente evaluar, en ese momento, el nivel de competencia del menor para cada decisión concreta.

Pero siempre es recomendable obtener el asentimiento de los menores para lograr su colaboración en el proceso terapéutico, la aceptación lleva implícita la participación en el tratamiento. Esto es de gran importancia en los tratamientos crónicos y en los que se precise alguna forma de colaboración del niño, como las psicoterapias.

➡ Después de escuchar al menor habrá que informar de la actitud del niño, favorable o contraria a la decisión médica, a sus padres o representantes legales, es decir a quienes ostentan la patria potestad, tutela o guarda de hecho. Cada vez más, se acepta en ámbitos judiciales y sanitarios que el médico podría aceptar la decisión del "menor maduro" si el tratamiento es a su favor, pero siempre es conveniente involucrar a los padres en la decisión.

4. HOSPITALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA INFANTIL

4.1. MARCO LEGAL EN LA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

El internamiento psiquiátrico está regulado por el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil que presupone la presencia de un trastorno psíquico y que, como consecuencia del mismo, la persona no esté en condiciones de decidir por sí misma. Esta ley hace mención particular al internamiento psiquiátrico de menores, señalando que siempre debe realizarse por autorización judicial en una institución de salud mental adecuada a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.

Pueden darse dos circunstancias: una, que en un expediente previo el juez autorice el ingreso; otra, que por razones de urgencia sea necesario el internamiento inmediato. El responsable del centro donde se hubiera producido el internamiento deberá comunicarlo al juez lo antes posible y, en todo caso, antes de 24 horas, y para ratificarlo, el juez debe examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trata y oír el dictamen de un facultativo. El juez puede decidir sobre conceder o no la autorización, pero en cualquier caso autoriza, no ordena, y el criterio médico es el que prevalece. En la misma resolución se establece la periodicidad de los informes del médico responsable del caso, al efecto de acordar lo procedente sobre la continuación o no

del internamiento. El alta es decisión médica, aunque es obligado comunicarlo al juez.

Otro caso diferente es el de orden judicial de ingreso en el que el criterio que prevalece es el judicial. Normalmente existe condena previa y el ingreso se realiza para estudio o tratamiento. El juez puede ordenar también, en virtud de la Ley de responsabilidad penal del menor, su tratamiento en otros dispositivos terapéuticos (hospital de día o en centro ambulatorio) (Ley Orgánica 5/2000 de 12 de enero reguladora de la responsabilidad penal de menores).

5. MALTRATO EN LA INFANCIA: CLÍNICA Y PAUTAS DE INTERVENCIÓN

El concepto de maltrato en la infancia abarca desde el niño/a apaleado hasta las violencias psicológicas y el abuso sexual, junto con la negligencia en la atención a las necesidades para un crecimiento y desarrollo adecuados. La capacidad para la detección e intervención del maltrato infantil depende no sólo de la clínica y la legislación sino también de la sensibilización ante este problema de los diferentes profesionales implicados en los cuidados de la infancia.

5.1. INCIDENCIA

Se conoce que 1 de cada 1.000 niños sufre cada año maltrato físico o abandono grave (datos del Reino Unido y EE.UU.). Según los datos de los servicios de protección de la infancia y de encuestas a profesionales, la prevalencia en España es similar a la de los países de nuestro entorno sociocultural, siendo la negligencia y el abandono los subtipos de maltrato infantil más frecuentes.

5.2. DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN

El maltrato infantil, en sus múltiples subtipos o forma de presentación, se puede sospechar en la consulta por: 1) la historia clínica y 2) la exploración clínica y las pruebas complementarias.

El maltrato en la infancia es un síndrome complejo, de tipo psicosocial, en el que el profesional sanitario, de cualquier ámbito asistencial, tiene un papel relevante, en 2 ámbitos de actuación:



- El ámbito preventivo.
- El ámbito de intervención una vez detectado el problema (prevención terciaria).

↑ 5.2.1. Pautas de actuación

Intervención en el maltrato en la infancia:

- A) Formas leves de maltrato o razonable sospecha.
La intervención pertinente, tras la evaluación médico-social, consiste en la notificación a los servicios sociales y/o protección a la infancia de la comunidad autónoma.
- B) Formas de maltrato de riesgo elevado.
Tras la correspondiente evaluación médico-social y la notificación a los servicios sociales y de protección a la infancia de la comunidad autónoma, se establece la correspondiente evaluación que incluye: evaluación de posibles situaciones de urgencia, posibilidad de notificación al juez o fiscal y evaluación psicosocial. En caso de que la evaluación no confirme la existencia de malos tratos se concluye el expediente desde los propios servicios asistenciales, sin necesidad de notificación judicial.
- C) Formas de maltrato grave.
La evaluación prioritaria es la correspondiente a la urgencia como tal:
 - C.1. Ingreso hospitalario en pediatría, como forma inmediata de conseguir la separación del medio familiar y establecer con urgencia las correspondientes valoraciones médico-sociales específicas y complementarias.
 - C.2. Notificación de la situación a los servicios sociales y/ de protección a la infancia de la comunidad autónoma: los que determinarán la necesidad de custodia temporal, ingreso en alguna institución social, intervención socio-comunitaria, coordinación con otros servicios específicos del territorio (p. ej. USMI), inicio de un expediente judicial, acogida familiar.
 - C.3. Diseño de intervención a medio/largo plazo: seguimiento familiar, técnicas de intervención familiar y/o otras intervenciones psicoterapéuticas. En cualquier caso es responsabilidad directa de los servicios sociales y/o de protección a la infancia, más que de los propios servicios de salud.

6. SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA

En la actualidad existe un cierto desamparo legal alrededor de la sexualidad y la fertilidad de los adolescentes y los dobles mensajes de invitar y a la vez prohibir dificultan el desarrollo de los programas de prevención dirigidos a estos grupos de edad, así como la atención personalizada de los mismos.

6.1. SEXUALIDAD Y ÉTICA

Los principios de bioética en la prestación de anti-concepción son tres:

6.1.1. El principio de autonomía

Por el que estamos obligados a proporcionar el mejor conocimiento científico del que se disponga en el momento, queda garantizado con una información objetiva de los riesgos y beneficios de cualquier método, alejado de posicionamientos ideológicos que corresponden a la esfera de la vida personal.

6.1.2. El principio de beneficencia

Nos obliga a primar siempre el beneficio sobre el perjuicio (en este caso, un embarazo no deseado).

6.1.3. El principio de justicia

Nos lleva a ofrecer anticoncepción accesible a toda la población, incluyendo la anticoncepción de emergencia en el mínimo tiempo posible.

6.2. SEXUALIDAD Y MARCO LEGAL

El derecho español no recoge explícitamente la eventual asistencia al adolescente en materia de reproducción, sin embargo, el artículo 162 del Código Civil, establece una excepción respecto a los “actos relativos a los derechos de la personalidad y otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y sus condiciones de madurez, puede realizar por sí mismo (acto personalísimo), sin necesidad de autorización de quien ostenta la patria potestad”. Quizás acto personalísimo se podría considerar el hecho de solicitar y recibir asesoramiento y asistencia en materia de sexualidad.

El médico debe tener en cuenta a la hora de aplicar la doctrina del menor maduro, la evaluación del grado

de madurez del adolescente, las consecuencias derivadas de la elección. No es lo mismo tener que tomar una decisión sobre un sistema de anticoncepción que sobre la interrupción voluntaria del embarazo.

6.2.1. Garantías jurídicas y responsabilidad del médico en el uso de la anticoncepción de emergencia en menores

Con la Ley 41/2002 podemos afirmar “que el menor de edad no emancipado puede prestar su consentimiento en el tratamiento o utilización de fármacos, en relación con su madurez apreciada objetivamente por el médico” siempre que el profesional actúe con arreglo a lo establecido en los artículos 8, 9 y 10 de la Ley de Autonomía y anote en la historia clínica los criterios objetivos que le sirvieron para considerar la madurez del menor. Ello salva su responsabilidad jurídica, porque además la ley citada no establece expresamente en qué supuestos concretos se puede considerar maduro al menor de 16 años.

Es cierto que la citada Ley de Autonomía no resuelve expresa ni legítimamente cuándo el menor entre 12 y 16 años puede de forma autónoma otorgar su consentimiento en determinados supuestos sin la presencia de los padres. Pero en estos casos, la realidad social, ética y médica debe encontrar la solución idónea para la salud del menor no perjudicándole.

6.2.2. Interrupción voluntaria del embarazo en menores

La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción asistida, se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad. El punto más controvertido de la nueva Ley del Aborto es el que hace referencia a las jóvenes mayores de 16 años, a las que se permitirá interrumpir libremente el embarazo en las primeras 14 semanas, sin la necesidad del permiso paterno.

RECOMENDACIONES CLAVE

La formación en psiquiatría infanto-juvenil requiere un conocimiento de las cuestiones de desarrollo del niño, las leyes aplicables, las necesidades de cuidado y los principios bioéticos.

En el trabajo clínico con niños y adolescentes resulta más difícil establecer una serie de criterios claros de actuación con respecto al secreto profesional y las situaciones en las que éste puede ser roto.

Es importante pactar desde el primer momento con el menor y sus padres los niveles de comunicación que van a presidir el tratamiento, los aspectos que se van a compartir y la existencia, en su caso, de aspectos confidenciales no compartidos y las posibles excepciones a esta confidencialidad.



7. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Calcedo Ordóñez A. Psiquiatría y Ley. En: Vallejo J, Leal C. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Ed. Ars Médica. 2005:2357-72.

Sikorski John B, Kuo Anlee D. Psiquiatría Forense. En: Wiener J, Dulcan M. Tratado de Psiquiatría de la Infancia y la adolescencia. Barcelona: Ed. Masson. 2006:915-42.

Cabrera Forneiro J, Fuertes Rocañin JC. La enfermedad mental ante la ley. Ed. Libro del Año. 1994.

Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Ed. Lippincott Williams and Wilkins. 2005.

Otero FJ. Psiquiatría y Ley. Guía para la práctica clínica. Ed. Edimsa. 2008.

8. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

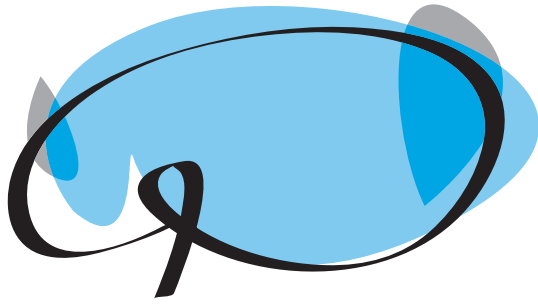
Marcelli D, Braconnier A. Manual de Psicopatología del adolescente. Ed. Masson. 2005.

Marcelli D. Manual de Psicopatología del niño. 7ª ed. Barcelona: Ed. Masson. 2007.

Lewis M. Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook. 4th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams y Wilkins. 2007.

Rutter M, Taylor E. Child and Adolescent Psychiatry. 4th ed. Oxford: Ed. Blackwell Publishing Science. 2002.

American Psychiatric Association (APA). The principles of medical ethics with annotations especially applicable to Psychiatry. Washington, DC: Ed. APA. 2001.



MÓDULO 4.

Rotaciones
(Formación
transversal)



Alcoholismo y otras adicciones





117. CÓMO ORGANIZAR LA ROTACIÓN POR ALCOHOLISMO Y OTRAS ADICCIONES



Autoras: Élidea Grande Argudo y Amaia Eguizabal Salterain
Tutora: M^a Soledad Mondragón Egaña
Hospital Galdakao, Usansolo. Vizcaya

CONCEPTOS ESENCIALES

Duración: 2 meses.
Formación Nuclear: R1-R3.
Exposición clínica gradual.
Contenidos específicos de las adicciones.
Actividades de seguimiento y consulta ambulatoria.
Supervisión reglada.
Investigación.

1. INTRODUCCIÓN. CONOCIMIENTOS ESENCIALES

A comienzos del siglo XXI ya se preveía que en el 2010 dos tercios de los pacientes psiquiátricos tendrían algún problema de abuso/dependencia de sustancias y que prácticamente el 90% de los drogodependientes tendrían otro diagnóstico psiquiátrico. Parece, por lo tanto, que los problemas de alcoholismo y de otras toxicomanías seguirán ocupando un puesto cada vez más relevante en la necesidad asistencial de nuestros ciudadanos. Se trata de un tema importante del que las autoridades sanitarias y los profesionales de la medicina debemos concienciarnos para abordarlo con mayor decisión e interés. Este cambio en las necesidades asistenciales obliga a plantear modificaciones en el *currículum* psiquiátrico para poder proporcionar una formación suficientemente sólida y específicamente dirigida a esa nueva demanda.

En el nuevo Plan de formación Nacional de Residentes del 2008 la rotación de "Alcoholismo y otras adicciones" está dentro del periodo nuclear, es decir,

estaría dentro de los tres primeros años de especialidad, es uno de los programas transversales, dura 2 meses y es obligatorio. En el último año de especialidad se puede ampliar esta formación de manera específica durante 12 meses.

No podemos olvidar que se trata de pacientes de difícil manejo, en tanto que acuden con muchas reservas a los dispositivos sanitarios y presentan con frecuencia:

- Complicaciones físicas: hepatopatías, cardiopatías, endocrinopatías, infecciones crónicas (VIH, VHB, VHC), etc.
- Complicaciones psiquiátricas: trastornos de personalidad, depresión, ansiedad
- Familiares: conflictos, violencia doméstica.
- Sociales: desamparo social, indigencia, causas judiciales pendientes y/o cumplidas.

La rotación preferiblemente se realizará hacia el final del periodo, cuando se es R3, así los residentes tie-



nen ya un conocimiento amplio en psiquiatría general. Durante los dos meses el residente debe adquirir, al menos, los siguientes conocimientos:

- La capacitación profesional para el manejo de la interrelación entre el consumo de sustancias de abuso y otros trastornos psiquiátricos.
- Mejorar el manejo práctico de las interacciones neurobiológicas de los tratamientos farmacológicos con las sustancias de abuso en el contexto de la patología dual.
- Adquirir los conocimientos necesarios para la coordinación con los diferentes dispositivos y profesionales implicados en el tratamiento de estos pacientes.

En un nivel avanzado de la especialización se debería conseguir en esta área los conocimientos en:

- Factores etiológicos relacionados con el abuso de drogas:
 - Importancia de factores ambientales, contextualización del abuso de drogas (historia del abuso de drogas y del concepto de dependencia).
 - Neurobiología de las adicciones: modelos experimentales de las dependencias, circuitos cerebrales relacionados con el refuerzo, genéticas de las dependencias.
 - Teorías psicológicas y psicopatológicas implicadas en las dependencias: modelos psicodinámicos, modelos conductuales, modelo cognitivos, teoría de la automedicación.
- Farmacología de las drogas de abuso y sus interacciones:
 - Sus interacciones con psicofármacos y otros fármacos de uso frecuente en drogodependencias (antirretrovirales, antibióticos, etc).
- Técnicas de entrevista y de manejo de instrumentos diagnósticos y de evaluación para los trastornos por el uso de sustancias y para la selección de técnicas terapéuticas específicas y de valoración de grupos de riesgo:
 - Técnicas de entrevista para sujetos con trastornos por uso de drogas: entrevista motivacional.
 - Técnicas de entrevista y de diagnóstico para pacientes con patología dual.

- Manejo de instrumentos diagnósticos y de evaluación de diferentes factores relacionados con las dependencias.
- Criterios de selección de técnicas según características del paciente.

Formación en técnicas específicas psicoterapéuticas y en técnicas de desintoxicación, deshabitación y de fármacos agonistas o sustitutivos:

- Manejo de fármacos para la desintoxicación, deshabitación y para los trastornos comórbidos con las dependencias.
- Manejo de agonistas opiáceos: metadona, buprenorfina, LAM.
- Entrenamiento en técnicas para incrementar la motivación; prevención de recaídas, afrontamiento del estrés, terapia interpersonal, técnicas grupales, habilidades sociales, manejo de la ansiedad, terapias cognitivas para la depresión, técnicas de intervención con familias.
- Manejo de pacientes con patología dual: técnicas de intervención en crisis, integración de terapias de rehabilitación psicosocial para pacientes esquizofrénicos con abuso de drogas.
- Manejo de pacientes con múltiple patología orgánica: SIDA, pacientes terminales y/o en cuidados paliativos.
- Abordajes terapéuticos en grupos especiales: adolescentes, personas mayores, inmigrantes.

La formación en alcoholismo y otras dependencias será eminentemente práctica, tutelada y con responsabilidad progresiva, desarrollando las actividades tanto en la red de psiquiatría como en la de atención a drogodependientes. Debe proporcionar capacitación para poder realizar intervenciones asistenciales psicofarmacológicas y rehabilitadoras, así como para poder aplicar diferentes técnicas psicoterapéuticas específicas.

2. HABILIDADES Y ACTITUDES

2.1. HABILIDADES

Las habilidades del residente en esta área se pueden dividir en tres:

- Como médico experto.
- Como gestor.
- Como docente y discente (estudiante).

2.1.1. Como médico experto debe

- Ejercer nuestra especialidad de manera responsable y ética con sujeción a las obligaciones médicas, legales y profesionales, ser íntegro y honrado.
- Diagnosticar y tratar los problemas de salud de acuerdo con la especialidad y de una manera eficiente y ética. Debería incluir una visión continuada e integradora de la enfermedad mental y física.
- Entablar una alianza terapéutica con nuestros pacientes y favorecer un ambiente de comprensión, confianza, empatía y confidencialidad. Conseguir una buena adherencia de los pacientes a las indicaciones terapéuticas.
- Ser capaces para comunicarnos eficazmente con otros profesionales sanitarios y no sanitarios con el objetivo de garantizar una asistencia óptima y coherente tanto para el paciente y como para su familia.
- Consultar eficazmente con otros médicos y profesionales sanitarios y colaborar activamente en la realización de otras actividades que se lleven a cabo en el equipo multidisciplinar.

2.1.2. Como gestor debe

- Trabajar con eficiencia y equidad en una organización sanitaria y docente, utilizando la tecnología de la información para optimizar la asistencia al paciente y el autoaprendizaje continuo. Ser consciente que los recursos son limitados y actuar en consecuencia.
- Valorar qué aspectos determinantes de la salud afectan a cada paciente y poder reconocer, evaluar y no olvidar los factores psicosociales, económicos y biológicos que influyen en la salud de los pacientes con adicciones.
- Tener capacidad para describir cómo se ponen en práctica las políticas públicas y entusiasmo para intentar influir en el desarrollo de las políticas sanitarias y sociales.

2.1.3. Como docente y discente debe saber:

- Evaluar críticamente las fuentes de información médica y desarrollar, implantar y documentar una estrategia personal de formación continua. Ser responsable ante el paciente y ante nuestra profesión.
- Contribuir al desarrollo de nuevos conocimientos y facilitar el aprendizaje de otros profesionales sanitarios.

2.2. ACTITUDES

Las actitudes del residente también deben de ser ambiciosas, incluirán:

- Protección de los derechos de los pacientes con una actitud de tolerancia y de respeto hacia grupos sociales más sensibles, preocupándose por los problemas de salud pública.
- Consideración y valoración del trabajo de los demás, sabiendo trabajar en equipo, participando en el interés conjunto para lograr el cumplimiento de objetivos comunes.
- Interés por el aprendizaje, desarrollo personal y profesional, responsabilidad, honestidad y sensatez.
- Tener entusiasmo y una actitud positiva y creativa ante nuevos compromisos.

En resumen el MIR de psiquiatra conocedor de la actuación en adicciones y adecuadamente entrenado debe:

- Tener buena formación médica con una capacidad de visión que le permita entender integralmente los aspectos médicos y psicológicos, así como las implicaciones psicosociales y familiares de la enfermedad.
- Tener la capacidad para trabajar en equipo con sus compañeros del área de salud mental, profesionales de otras disciplinas y autoridades de la institución.
- Ser capaz de manejar un lenguaje amplio que le permita comunicarse en términos psiquiátricos, médicos y administrativos. Ser un facilitador de procesos de comunicación y entendimiento.
- Tener un buen manejo psicofarmacológico, entendimiento de interacciones y efectos secundarios de los fármacos.



- Ser capaz de convivir e interactuar con otras especialidades, en un espacio que es usualmente informal o en el marco de comités no psiquiátricos.

3. ADICCIONES MÁS FRECUENTES

Las adicciones más frecuentes que tratan los psiquiatras son las explicadas en la tabla 1.

4. PROPUESTA DE ROTACIÓN POR SERVICIOS Y UNIDADES

- Servicios ambulatorios y hospitalarios.
- Áreas de mejora en la actualidad.
- Resumen de la propuesta de materias básicas.

4.1. SERVICIOS AMBULATORIOS Y HOSPITALARIOS

Los servicios donde los residentes pueden rotar en Desintoxicación son múltiples, las ofertas varían según las comunidades y áreas sanitarias. Fundamentalmente se dividen en:

- Tratamientos ambulatorios:
 - Centros de atención en adicciones, en centros de salud mental o no.
 - Centros de día.
 - Programas de rehabilitación.
- Tratamientos hospitalarios:
 - Unidades de desintoxicación.
 - Unidades de patología dual.
 - Comunidades terapéuticas.

Cada uno tiene sus peculiaridades y aunque sería interesante conocerlos todos, el periodo de rotación es breve y no hay todos en todas las comunidades. Lo que sí es común son los programas que los conforman: programa de mantenimiento de metadona, programa alcohol, programa de cocaína, PLD, prevención de recaídas.

4.2. ÁREAS DE MEJORA

Las rotaciones de los residentes de psiquiatría en las Áreas de Adicciones presentan los siguientes problemas:

- En el caso del alcoholismo: Los residentes pasan por los programas de alcoholismo que existen en los centros de salud mental, así como por algunos dispositivos específicos existentes en algunas áreas como las Unidades de desintoxicación. Ahora bien, esta formación parece ser muy insuficiente, ya que los programas de alcoholismo de los centros de salud mental, son muy heterogéneos y frecuentemente están insuficientemente dotados de personal, los tratamientos se basan más en el voluntarismo de algún psiquiatra y/o psicólogo que en programas contrastados por la literatura científica. Además, en algunas Comunidades Autónomas los centros de alcoholismo pertenecen a la Consejería de servicios sociales y no se incluyen entre los recursos a los que los residentes tienen acceso. En muchos casos, los residentes consideran que eligen rotar por allí por conocer lo que se hace, asumiendo que se trata de rotaciones escasamente estructuradas para ellos.
- Las otras toxicomanías representan una dificultad adicional, ya que las redes de atención al

Tabla1. Adicciones más frecuentes

Adicción al alcohol	Desintoxicación y deshabituación. Intoxicación y/o abstinencia OH. Otros trastornos relacionados con consumo de alcohol.
Adicciones no alcohólicas	Opioides: heroína, metadona. Psicoestimulantes: cocaína, anfetamina y derivados. Cannabis. Sedantes: BZD, hipnóticos. Otros tóxicos: tabaco.
Adicciones psicológicas	Trabajo, juego, sexo...

drogodependiente suelen depender administrativamente de las Comunidades Autónomas y Municipales, por lo que no está contemplado su acceso a residentes de psiquiatría. La heterogeneidad de los programas es importante, de hecho el residente normalmente elige entre los dispositivos ubicados en su área sanitaria. En el supuesto que tuviera interés en completar su formación en algún centro ajeno a dicha área, suele utilizar los meses de rotación voluntaria para acudir allí. En ocasiones el residente de psiquiatría no es bien recibido del todo, ya que algunos profesionales sanitarios que trabajan en dichos dispositivos no son psiquiatras y ven en el residente una posible amenaza para su puesto de trabajo.

4.3. RESUMEN DE LA PROPUESTA DE MATERIAS BÁSICAS LA ROTACIÓN PARA RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA

- Actitud favorable a la detección y tratamiento de pacientes con trastornos por uso de drogas.
- Habilidades necesarias para el abordaje de estos pacientes. esta formación necesita un entrenamiento supervisado riguroso, dadas las muchas resistencias que algunos médicos tienen para afrontar su relación con estos pacientes y las resistencias de los pacientes a seguir indicaciones médicas cuando no reconocen su proceso como patológico.
- Conocimientos sobre técnicas psicoterapéuticas y farmacológicas para el tratamiento de estos trastornos.
- Manejo de instrumentos de detección de trastornos por uso de drogas.
- Formulación diagnóstica y terapéutica que incluya:
 - Manejo de instrumentos de valoración de la gravedad de las dependencias.
 - Diagnóstico diferencial de diferentes trastornos psiquiátricos relacionados con el abuso de drogas.
 - Manejo de pacientes con patología dual.
 - Técnicas de desintoxicación en régimen de ingreso o ambulatoriamente, conocer los centros locales y los criterios de derivación.
 - Criterios de derivación a diferentes tipos de tratamientos: con antagonistas, programas de mantenimiento con metadona.
 - Funcionamiento de grupos de auto-ayuda (Alcohólicos anónimos, Asociaciones de ex alcohólicos).
 - Principios básicos de las técnicas psicoterapéuticas más utilizadas en las toxicomanías: prevención de recaídas, habilidades sociales e intervenciones familiares.



RECOMENDACIONES CLAVE

- ↑ Conocer clínica y abordaje terapéutico de los trastornos relacionados con el uso de sustancias.
- ↑ Adecuado conocimiento y manejo terapéutico de la patología dual.
- ↑ Adecuado conocimiento y manejo básico de patología médica asociada.
- ↑ Conocer interacciones farmacológicas entre fármacos utilizados en los distintos tratamientos suministrados al paciente adicto (para los trastornos adictivos, para la patología psiquiátrica asociada y para la patología médica asociada).
- ↙ Uso adecuado de herramientas psicoterapéuticas utilizadas en el abordaje de estos pacientes (entrevista motivacional, técnicas de prevención de recaídas...).
- ↙ Capacidad de trabajo en equipo.
- ↙ Conocer tratamientos de apoyo, incluso fuera del ámbito sanitario.

5. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias. En: Bobes J, Casas M, Gutierrez Fraile M. 1ª ed. 2003. www.armedica.info

Tirapu J, Landa N, Lorea I. Cerebro y Adicción, una guía comprensiva.

Schatzberg AF, Nemeroff CB. Tratado de psicofarmacología. 1ª ed. Madrid. Barcelona: Ed. Elsevier-Masson. 2006.

Salazar M, Peralta C, Pastor J. Tratado de psicofarmacología. 1ª ed. Barcelona: Ed. Panamericana. 2004.

Rubio G, López Muñoz F, Alamo C, Santo Domingo J. Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Ed. Médica Panamericana. 2001.

6. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Sadock BJ, Sadock V A, Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría. 10ª ed. Barcelona: Ed. Lippincott Williams & Wilkins. 2008.

Jiménez arriero MA, Rubio G, Ponce G. Formación en alcoholismo y otras adicciones. I Congreso virtual de psiquiatría. 1 febrero -15 marzo 2000. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa27/conferencias/27_ci_e.htm

Clinical Addiction Psychopharmacology. En: Kranzler HR, Ciraulo DA (eds.). American Psychiatric Publishing, Inc. 2005.

<http://www.nida.nih.gov/NIDAHome.html>

Caballero Martínez L. Adicción a cocaína:neurobiología clínica, diagnóstico.y tratamiento. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2005.



118. ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL ALCOHOLISMO Y OTRAS ADICCIONES



Autores: Tulio Callorda Boniatti y Ariadna Balagué Añó
Tutora: Olga Simón Martín
Hospital Universitario Mútua de Terrassa. Barcelona

CONCEPTOS ESENCIALES

Características del paciente drogodependiente	Con frecuencia presentan impulsividad, inestabilidad afectiva, habilidades sociales inadecuadas, mala autoimagen, miedo al rechazo y baja conciencia de enfermedad. Paradigma de enfermedad bio-psico-social.
Comorbilidad	Alta frecuencia de patología dual psiquiátrica y de complicaciones orgánicas asociadas al consumo.

1. INTRODUCCIÓN

La historia clínica es una recogida exhaustiva de información con el objetivo de formular un diagnóstico y un plan terapéutico (tabla 1).

➔ Tabla 1. Características esenciales de la historia clínica

- Debe ser válida y fiable.
- Se trata de una herramienta estandarizada que debe adecuarse a un entorno clínico determinado.
- El modo de recoger la información variará en función de:
 - Donde se realice la entrevista (servicio de urgencias, unidad de hospitalización, consultas externas).
 - De las características de cada unidad.
 - Del tipo de paciente.

La entrevista clínica debe ser útil y flexible, fácilmente adaptable a las diferentes situaciones. En la práctica clínica a menudo se dispone de menos tiempo del deseado, que obliga a priorizar sobre algunos

aspectos de la entrevista para determinar la orientación terapéutica. Aunque lo deseable es recoger la mayor parte de la información en una primera visita, cuando esto no sea posible podemos hacerlo en varias entrevistas avisando al paciente y explicando los motivos.

En este capítulo nos centraremos en los aspectos fundamentales y específicos de la historia clínica en el campo de las drogodependencias. La historia clínica en psiquiatría ya se describe en capítulos anteriores.

2. CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE DROGODEPENDIENTE

Para realizar una historia clínica adecuada se debe conocer las características del paciente con un trastorno por uso de sustancias. Es una población con un elevado índice de riesgos médico-psico-sociales y legales, implica recoger un amplio abanico de aspectos y también una elevada complejidad a la hora de su abordaje (tabla 2).



↑ Tabla 2. Características del paciente drogodependiente

Patología dual.	Trastorno psiquiátrico comórbido o rasgos de personalidad desadaptados (por ejemplo inmadurez, impulsividad, inestabilidad afectiva, escasa tolerancia a la frustración, e impaciencia).
Miedo al rechazo.	Generalmente son pacientes que se encuentran despreciados, juzgados y poco comprendidos tanto por el personal sanitario como por la sociedad. Este miedo al rechazo facilita actitudes hostiles o actitudes a la defensiva.
Demandas de atención urgente.	Exigen una solución inmediata a su problema (p. ej. realizar una receta de una benzodiacepina, ingreso urgente.)
Inadecuadas habilidades sociales y mala autoimagen que dificultan la comunicación.	
Poca o nula conciencia de enfermedad y elevado riesgo de poca adherencia al seguimiento.	

3. MARCO ADECUADO DE APLICACIÓN

Para que la historia clínica sea válida y fiable debemos tener en cuenta diversos factores:

- ➡ Que esta se produzca en un marco teórico apropiado: la persona que realiza la entrevista debe disponer de la formación y los conocimientos apropiados para llevarla a cabo. Es necesario conocer lo que es un abuso o dependencia de sustancias, sus consecuencias y sus factores de riesgo, entendiendo el proceso como un trastorno mental de etiología biopsicosocial.
- Que permita la exploración de las diferentes dimensiones del trastorno: biológica, psicológica, y social.
- La recogida de información debe ser comprensible y coherente. Su duración se adaptará en función del estado del paciente y/o de la presión asistencial.
- ➡ Existen factores que vendrán condicionados por el propio paciente:
 - Valorar el estado del paciente en el momento de la entrevista, puesto que pueden existir alteraciones psicopatológicas derivadas de la abstinencia o de la intoxicación que pueden dificultar y condicionar la información.
 - La actitud del paciente puede falsear los datos: una baja motivación puede influir en una minimización del consumo, implicando recogida sesgada de la información. La existencia de presiones a la hora de consultar facilita una actitud hostil.
- Garantizar la confidencialidad de la información ayuda a que esta sea más veraz.
- Existen factores del propio clínico que influyen en la recogida de dicha información:
 - ➡ La experiencia clínica en el campo de las drogodependencias facilita la comunicación con el paciente. Es necesario que el paciente se sienta comprendido y respetado. Se recomienda un estilo de comunicación empático, reflexivo, con lenguaje comprensible y claro, sin juicios de valor. Los prejuicios y creencias que el clínico tiene pueden crear una barrera en la comunicación con el paciente.
- Por último no se debe olvidar el contexto en el que se recoge la información:
 - Facilitar la privacidad por la vergüenza que puede suponer explicar todos los problemas derivados del consumo.
 - Se precisa de un entorno adecuado y cómodo para facilitar la comunicación.
 - Es deseable que en la primera entrevista se destine un tiempo suficiente para recabar toda la información.

4. VARIABLES CLÍNICAS


Debido a la gran cantidad de información que se debe reunir se recomienda dividir la entrevista en diferentes secciones y especificar al paciente lo que se va a recoger para situarlo.

4.1. MOTIVO DE CONSULTA Y DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS


- Se destinará el tiempo inicial de la entrevista a realizar preguntas abiertas acerca del motivo por el cual consulta, facilitando que este se expone. Se pueden detectar posibles expectativas sobre el tratamiento.
- Para crear un ambiente adecuado de entrevista y empezar a conocer al paciente se aconseja proseguir con datos sociodemográficos como la edad del paciente, estado civil, núcleo familiar, estudios realizados y estado ocupacional.

4.2. ANTECEDENTES TOXICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS

Es adecuado explicar al paciente que se recogerán sus antecedentes previos para poder conocer mejor su problema y poder plantear el tratamiento más adecuado.


-  Antecedentes toxicológicos: se trata de estudiar el patrón de consumo de cada sustancia. Se deben registrar todas las sustancias que se han consumido a lo largo de la vida y de cada una de ellas, describir lo siguiente:

Edad de inicio.
Periodo de consumo regular y periodos de máximo consumo y contexto en el que se produjo: p. ej. disponibilidad de dinero, fácil accesibilidad, clínica afectiva
Periodos de abstinencia y estrategias para alcanzarla. Recaídas y su contexto.
Vías de administración.
Existencia de intención particular con el consumo (p. ej. socialización, activación, desinhibición, concentración...).


-  Tratamientos previos realizados. Se usa el concepto de “número de episodio de tratamiento” entendido como el periodo durante el cual el paciente mantiene un contacto regular con el equipo terapéutico de drogodependencias. Respecto a los tratamientos previos se debe recoger los siguientes datos:

Tratamientos farmacológicos y eficacia.
Ingresos en unidades de desintoxicación hospitalarias.
Ingresos en comunidades terapéuticas.
Ingresos en centros de día.
Estancia en piso de reinserción.

Se debe valorar que sustancia motivó el tratamiento, la adherencia al mismo y el tipo de alta (voluntaria o terapéutica).

-  Antecedentes psiquiátricos: existe una elevada comorbilidad con los trastornos psiquiátricos por lo que es importante explorar bien la presencia de clínica psiquiátrica previa, y establecer en medida de lo posible si esta es primaria o secundaria a tóxicos (con frecuencia esto no es posible durante la primera entrevista). Se deben recoger los tratamientos farmacológicos prescritos y describir los ingresos en unidades psiquiátricas. Si se dispone de tiempo se puede recoger información acerca de los rasgos de personalidad y el estilo cognitivo del paciente.

4.3. ANTECEDENTES PERSONALES GENERALES, MÉDICOS Y FAMILIARES

-  Se registran datos sobre el estado físico del paciente preguntándole acerca de patologías médico-quirúrgicas. Por ser población de riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual se debe interrogar sobre serologías hepáticas y HIV realizadas (se recomienda ver las analíticas previas). Es importante registrar antecedentes de tuberculosis o de PPD previos. En este momento de la entrevista se puede preguntar sobre prácticas sexuales de riesgo o la posibilidad de haber compartido material de consumo.



- En este apartado también se incluyen antecedentes perinatales destacables, escolarización y rendimiento, historia laboral y antecedentes legales. Es frecuente que el uso de sustancias implique una mala adaptación al entorno con absentismo o inestabilidad escolar/laboral. El funcionamiento a este nivel puede indicar hasta que punto el uso de sustancias ha influido en la vida. El uso de sustancias también facilita alteraciones conductuales (heteroagresividad) y/o actividades delictivas, por lo que es interesante preguntar acerca de antecedentes legales: estancias en medio privativo de libertad, juicios pendientes, medidas alternativas penales.

4.4. SITUACIÓN ACTUAL Y EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Una vez recogido los antecedentes nos centraremos en la o las sustancias principales que motivan la consulta, y valorar el consumo en el último mes. Se debe tener formación sobre las diferentes vías de consumo y los problemas orgánicos derivados de su uso (p. ej. la perforación del tabique nasal en el caso de la cocaína intranasal, las embolias en el caso del uso de la vía endovenosa).

↑ Las variables que conviene recoger para establecer el grado de severidad, el tipo de tratamiento y el contexto del tratamiento (ambulatorio u hospitalario) son:

- Frecuencia del consumo en el último mes y dosis promedio de cada sustancia. Máxima cantidad consumida en 24 horas.
- Episodios de sobredosis o abstinencia y alteraciones de conducta asociadas (p. ej. consumo durante el embarazo, o en el trabajo).
- Último consumo realizado.
- Último tratamiento realizado: tratamiento farmacológico prescrito (dosis y tiempo). La respuesta a este, la tolerancia, y el grado de adherencia así como el potencial de abuso de dicho tratamiento.
- Es importante recoger en este apartado la motivación del paciente para realizar el tratamiento: si viene motivado por la familia, si existe un *ultimátum*, si el motivo es la pérdida económica,

un problema de salud física... También se debe valorar si existe un desencadenante claro que haya motivado la consulta.

- Soporte familiar

4.5. INFORMACIÓN FACILITADA POR TERCEROS

➔ Es frecuente que el paciente de una visión sesgada del problema, por lo que a menudo es fundamental la intervención de un familiar que aporte información adicional, siempre previo consentimiento del paciente. Esta información debe ser al final y en todo caso una vez se haya realizado toda la entrevista previa en un ambiente de confidencialidad. Esta permite valorar el grado de implicación familiar y la actitud de estos en frente del problema: creencias (*vicio versus enfermedad*), estilo de familia (estricta y rígida frente a la permisiva y sobreprotectora), existencia de límites, y desgaste familiar.

4.6. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

➔ La población drogodependiente presenta complicaciones orgánicas derivadas del consumo. Con frecuencia el centro de atención y seguimiento de las drogodependencias es el primer lugar de contacto del paciente con el sistema sanitario.

Exploraciones complementarias recomendadas

- Analítica general con serología hepática, luética y HIV.
- PPD para descartar contacto con la tuberculosis.
- Valorar la indicación de realizar controles de orina: Se pacta con el paciente el objetivo de estos (por ejemplo mejorar confianza con la familia, por temas legales, para mantener tratamiento con una determinada benzodiacepina).
- Para confirmar, esclarecer o profundizar en el trastorno por uso de sustancias se pueden usar instrumentos para evaluar psicopatología, personalidad, impulsividad, y gravedad de la adicción.

4.7. ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y PLAN TERAPÉUTICO

Una vez concluida la recogida de información y la parte más directiva de la entrevista, conviene preguntar al paciente sobre las expectativas del tratamiento: que es lo que quiere, con que idea había consultado y cual es su principal objetivo (a veces no coincide con el del terapeuta: por ejemplo el objetivo del paciente puede ser reducir el consumo de una determinada sustancia para no gastarse tanto dinero).

Durante la entrevista se debe tener un esquema mental del problema del paciente, y saber en que punto de su dependencia está, porque de ello y de la gravedad del consumo dependerá el plan terapéutico.

Antes de finalizar y elaborar el plan se aconseja hacer una devolución en forma de resumen de todo lo hablado.

5. PARTICULARIDADES DEL ALCOHOL

Dadas las características particulares del consumo y lo dilatado de las repercusiones físicas, psíquicas y comportamentales del trastorno por abuso o dependencia de alcohol es necesario ampliar el marco de la exploración toxicológica estándar para abordar al paciente en toda su dimensión. Por lo tanto, además de preguntar por la cantidad de alcohol, el contexto del consumo, el *craving*, los síntomas abstinenciales y los antecedentes y precipitantes de éxito (tratamientos, ingresos hospitalarios o en comunidades) o de recaída en el consumo, habrá que tener en cuenta ciertos aspectos diferenciales del consumo de alcohol.

- Cuantificación estandarizada del consumo en UBE (unidades de bebida estándar):

1UBE	Copa de vino, champán, jerez, vermut o caña de cerveza.
2UBE	Combinado de destilados mayores o mediana de cerveza.
Se considera consumo de riesgo más de 5 UBE/día en hombres y más de 3 UBE/día en mujeres.	

- Marcadores de consumo excesivo de alcohol:

Hallazgos exploratorios	Telangiectasias faciales y escote, arañas vasculares, acné rosaceo (con o sin rinofima), rubicundez facial y eritema palmar, hipertrofia parotídea, ginecomastia, edema periorbital, temblor distal (y lingual) fino, signos de hepatopatía (ictericia, circulación colateral), estado nutricional deficiente, marcha vacilante (sugestiva de polineuropatía), contractura palmar de Dupuytren, múltiples hematomas debido a caídas repetidas.
Hallazgos analíticos	Volumen corpuscular medio alto, plaquetopenia, marcadores de desnutrición (proteínas séricas, albumina sérica). Alteración de pruebas hepáticas; relación GOT/GPT > 1 y alteración de la Transferrina deficiente en carbohidratos son marcadores especialmente sensibles.
Síntomas psicológicos	Inespecíficos (disforia, tristeza, ansiedad, insomnio, pérdida de control de impulsos, ideas de muerte, ideación suicida...).
Problemas sexuales	Desinterés e impotencia.
Problemas económico-legales	Acumulación de deuda, juego patológico, multas y accidentes de tráfico, conducta violenta y delictiva.

- Sintomatología de la intoxicación y de la abstinencia (tabla 3).



Tabla 3. Síntomatología de la intoxicación y de la abstinencia

	Intoxicación alcohólica aguda	Síndrome de abstinencia al alcohol
Signos	Fetor enólico, marcha inestable, desorientación de movimientos, disartria, vértigos, vómitos, temblor, disminución del nivel de alerta.	Temblor distal, sudoración, convulsiones, náuseas, calambres distales.
Síntomas	Pensamiento enlentecido, euforia o depresión, deterioro de la memoria reciente, labilidad emocional, irritabilidad, verborrea.	Ansiedad, ideas delirantes de persecución o de celos, desorientación espacio-temporal, alucinaciones/alucinosis visual.

- ➔ Complicaciones físicas derivadas del consumo excesivo de alcohol (tabla 4).

6. PARTICULARIDADES DE OTRAS DROGAS

6.1. OPIÁCEOS

Los consumidores de opiáceos son muy heterogéneos en cuanto a las características clínicas se refiere. Es importante valorar las diferentes propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas de los distintos opiáceos. Los aspectos diferenciales a tener en cuenta son:

- Sintomatología de abstinencia o intoxicación durante la entrevista (tabla 5).

Tabla 5. Sintomatología de abstinencia o intoxicación

Signos que indicarán una abstinencia	Bostezos, lagrimeo, rinorrea, sudoración, ansiedad, midriasis, piloerección, sensación brusca de calor o frío, molestias gastrointestinales, temblores, inquietud, e irritabilidad.
Signos que orientarán hacia una intoxicación	Somnolencia, euforia o disforia, agitación o inhibición psicomotriz, miosis, hipotonía, hipotensión, alteración de la capacidad de juicio (con alucinaciones, y delirium), lenguaje disártrico, y disminución de las capacidades cognitivas.

Tabla 4. Complicaciones físicas derivadas del consumo excesivo de alcohol

Digestivas	Úlcus gastroesofágico, síndrome De Mallory-Weiss, estenosis péptica, Hemorragias digestivas, diarreas, síndrome de malabsorción, déficits vitamínicos (vitaminas de grupo B y folatos), pancreatitis aguda/crónica, esteatosis hepática, cirrosis. Síndrome de Wernicke-Korsakoff por déficit de tiamina.
Neurológicas	Neuropatía, atrofia cerebral y cerebelosa, deterioro cognitivo, degeneración pontocerebelosa, epilepsia, síndrome disautonómico (impotencia, descontrol de esfínteres, íleo adinámico, palpitaciones, sudoración, temblor), trastornos mnésicos: amnesia lacunar 'Black Out', dismnesia, síndrome de Marchiafava-Bignami.
Cardiovasculares	Cardiopatía isquémica, ictus cerebral, miocardiopatía, arritmias, hipertensión.
Hematológicos	Anemias carenciales, macrocitosis, leucopenia y trombopenia.
Neoplasias	Asociado con cáncer de cavidad bucal, faringe, esófago, colon, recto, hígado, mama.
Otros	Efecto inmunosupresor, hipoglucemias, miopatía acohólica, traumatismos, hematomas subdurales, síndrome alcohólico fetal.

- Interrogar sobre el estado físico sobretodo en pacientes que usen la vía parenteral como vía de consumo (explorar zonas de venopunción, abscesos, antecedentes de endocarditis, complicaciones cardiovasculares y problemas periodontales).
- Es importante recoger los episodios de sobredosis.
- En el apartado de tratamientos previos se debe interrogar de forma específica sobre seguimiento en programa de mantenimiento de metadona, desintoxicaciones hospitalarias de opiáceos o tratamientos con naltrexona.

6.2. COCAÍNA

➔ A parte de la recogida global de información, la exploración de pacientes con consumo de cocaína, como sustancia altamente reforzadora, requiere prestar más atención sobre aspectos psíquicos y comportamentales:

- Signos y síntomas de intoxicación o de abstinencia (tabla 6).

Explorar el estado físico del paciente: infecciones y necrosis de mucosas (p. ej. necrosis de tabique en consumo intranasal), problemas periodontales, problemas cardiovasculares, insuficiencia respiratoria (típico en consumo en 'base' o crack intrapulmonar por edema pulmonar o 'pulmón de crack'), trombosis venosa por consumo iv. (típico patrón en 'carrera' con múltiples punciones en todo el recorrido venoso).

Interrogar sobre las conductas asociadas al consumo, las situaciones de riesgo, el *craving* (deseo de

consumir), y el efecto buscado de la droga (activación, tranquilidad, concentración...).

6.3. CANNABIS

El paciente que acude por cannabis al centro, con gran probabilidad se encontrará fuera de lugar e incómodo por considerar su adicción de menor gravedad, por lo que será importante trabajar la alianza terapéutica desde un primer momento.

Es frecuente la existencia de policonsumo, por lo que se recomienda preguntar sobre la cronología de los consumos de diferentes drogas y discernir si es ésta la droga principal o la utilizan para contrarrestar o potenciar el consumo de otros tóxicos (p. ej. aliviar la ansiedad producida por la cocaína, potenciar los efectos de opiáceos o del alcohol y viceversa).

Es importante remarcar el elevado uso en pacientes psiquiátricos, por lo que se debería establecer la relación entre psicopatología y uso de cannabis.

6.4. ANFETAMINAS Y PSICOESTIMULANTES

El consumo de anfetaminas y psicoestimulantes se asocia a un patrón predominante de policonsumo y las sustancias más frecuentemente utilizadas son (en orden de frecuencia): alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, éxtasis y alucinógenos. La entrevista clínica en general no difiere de la que se hace en pacientes consumidores de cocaína.

6.5. ALUCINÓGENOS

Es difícil establecer un patrón característico único, sobretodo porque los efectos psicoactivos dependen

Tabla 6. Signos y síntomas de intoxicación o de abstinencia

	Intoxicación cocaínica aguda	Síndrome de abstinencia de cocaína
Signos	Enrojecimiento nasal y ocular, hipertensión, taquicardia, disnea, inquietud psicomotriz, discinesias, distonías, confusión mental, lenguaje incoherente.	Agitación, búsqueda de sustancia (<i>craving</i>), hiperfagia o anorexia.
Síntomas	Euforia, grandiosidad, impulsividad, hipersexualidad, psicosis, ideas y conductas obsesivas.	Dificultad de atención, depresión, ansiedad, irritabilidad, fatiga, anhedonia, cefalea, mialgias, insomnio con letargia.



de factores ambientales y de características idiosincráticas del sujeto. Se debe tener en cuenta que los alucinógenos inducen cambios en el pensamiento, en la percepción y en el estado de ánimo, sin producir delirium, sedación, estimulación excesiva o deterioro de las funciones intelectuales o de la memoria.

Actualmente se cree que los alucinógenos no presentan unas marcadas propiedades adictivas, puesto que no producen *craving* ni síndrome de abstinencia. La frecuencia de administración suele ser baja (es infrecuente el consumo superior a una vez por semana), debido a que la disminución de la intensidad de respuesta ocurre al segundo día de consumo consecutivo, siendo nula en el cuarto.

RECOMENDACIONES CLAVE

Conocer la clínica y las características de los trastornos por uso de sustancias.

Valorar motivación al cambio y expectativas con el tratamiento.

Identificar los factores que condicionan las recaídas en el consumo y el mantenimiento de la abstinencia.

7. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Pérez de los Cobos Peris JC, Valderrama Zurián JC, Cervera Martínez G, Rubio Valladolid G. Tratado SET de trastornos adictivos. 1ª ed. Madrid, España: Ed. Médica Panamericana. 2006.

García Usieto E, Mendieta Caviendes S, Cervera Martínez G, Fernández Hermida JR. Manual SET de alcoholismo. 1ª ed. Madrid, España: Ed. Médica Panamericana. 2003.

Santodomingo J, Cuadrado T, Marín J, Martínez J, Mejías E, Rubio G. Curso sobre alcoholismo y drogodependencias. 1ª ed. Madrid, España: Ed. Fundación de ayuda para la drogadicción y Fundación de ciencias de la Salud. 1998.

Boves García J, Casas Brugué M, Gutierrez Fraile M. Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias. 1ª ed. Barcelona, España: Ed. Ars Médica. 2003.

Santodomingo J, Jiménez Arriero MA. Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras adicciones. 1ª ed. Madrid, España: Ed. Sociedad Española de Psiquiatría. 2003.

8. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Iraurgi I, González Saiz F. Instrumentos de evaluación en drogodependencias. Madrid: Ed. Aula Médica. 2002.

Salvador L, Romero C, González-Saiz F. Guías para la descripción y la selección de instrumentos de evaluación en psiquiatría. En : Bulbena A, Berrios GE, Fernández de Larrinoa P (eds.). Medicina clínica en psiquiatría y psicología. Barcelona: Ed. Masson. 2000:15-31 .

Iraurgi I. Cuestiones metodológicas en la evaluación de resultados terapéuticos. Trastornos Adictivos. 2000;2:99-110.

Barreto P, Pérez MA, Benavides G. La entrevista terapéutica. En: Martorell MC, González R. Entrevista y consejo psicológico. Madrid: Ed. Síntesis.1997:105-134.

Martorell MC. Aspectos formales de la entrevista. En: Martorell MC, González R. Entrevista y consejo psicológico. Madrid: Ed. Síntesis.1997:27-57.

Martorell MC. Comunicación y entrevista. En: Martorell MC, González R. Entrevista y consejo psicológico. Madrid: Ed. Síntesis.1997:59-79.

Miller ER, Westerberg VS, Waldron HB. Evaluating alcohol problems in adults and adolescents. In: Hester RK, Miller WR (eds.). Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives. Massachusetts: Ed. Allyn & Bacon. 1995.

Engel GL. The application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry. 1980;137 (5):535-44.





119. ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL TRATAMIENTO EN ALCOHOLISMO Y OTRAS ADICCIONES



Autoras: Susana Arnau Garví e Irene Sanchís Marco
Tutor: Jesús Bedate Villar
Hospital General Universitario de Valencia. Valencia

CONCEPTOS ESENCIALES

En el tratamiento de las conductas adictivas se necesita la participación activa del enfermo y es imprescindible que el enfermo de su consentimiento.

Es conveniente establecer una alianza terapéutica que favorezca la motivación y la participación del enfermo.

Si el enfermo no tiene conciencia de enfermedad, se debe empezar por una adecuada intervención psicoterapéutica orientada a informar al enfermo del carácter crónico y recidivante de la enfermedad y por fomentar la motivación para el tratamiento.

La psicoterapia constituye el eje central del tratamiento, pero los fármacos son de gran ayuda, especialmente si se integran en la propia psicoterapia.

El objetivo prioritario debe ser la abstinencia pero en su defecto se pueden establecer tratamientos con otros objetivos menos ambiciosos.

1. PRINCIPIOS GENERALES EN EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO Y OTRAS ADICCIONES

El tratamiento de las conductas adictivas no es una tarea exclusiva de los psiquiatras porque la complejidad de dichas patologías requiere frecuentemente la intervención de otros profesionales o de otros especialistas médicos, sin embargo, el MIR de psiquiatría debe conocer los principales tratamientos farmacológicos y psicológicos disponibles en la actualidad y familiarizarse con los distintos enfoques terapéuticos en este campo de la especialidad.

Durante los últimos años se ha empezado a considerar las conductas adictivas en general y a las drogodependencias en particular como enfermedades susceptibles de tratamiento. A ello ha contribuido

tanto el desarrollo de técnicas terapéuticas eficaces como la creación de recursos asistenciales específicos para las conductas adictivas.

El tratamiento de elección es el que integra la farmacoterapia y la psicoterapia, intentando abarcar toda la complejidad biopsicosocial de este tipo de enfermos.

1.1. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

↑ El objetivo ideal del tratamiento en este tipo de pacientes debe ser la abstinencia absoluta de todo tipo de sustancias adictivas. Si esto no es posible, otro objetivo terapéutico menos comprometido es la abstinencia de la sustancia que motiva la demanda o incluso la abstinencia parcial con consumo controlado, como un objetivo inicial para posteriormente intentar objetivos más ambiciosos.



En los programas asistenciales de reducción de daños, el objetivo principal es disminuir las enfermedades médicas asociadas al consumo de drogas, enseñando al enfermo a consumir la sustancia con el menor riesgo posible y de forma más segura.

Tabla 1. Objetivos del tratamiento

Motivación para que tome conciencia de su enfermedad.
Abstinencia de todo tipo de sustancias adictivas.
Abstinencia completa y mantenida de la sustancia principal.
Abstinencia parcial y consumo controlado.
Reducción de daños (p. ej. intercambio de jeringuillas).
Tratamiento de trastornos mentales inducidos por sustancias.
Tratamiento de comorbilidad psiquiátrica.

La patología psiquiátrica asociada en los enfermos con alcoholismo u otras adicciones puede ser un “trastorno mental inducido por sustancias” o bien una enfermedad mental independiente del consumo (“comorbilidad psiquiátrica”), en ambos casos el psiquiatra debe contemplar el tratamiento de la patología asociada y el trastorno por uso de sustancias, bien de forma simultánea o secuencial.

El tratamiento de los trastornos mentales inducidos por sustancias y la comorbilidad psiquiátrica se explica en otros capítulos, por lo que aquí revisaremos

prioritariamente los tratamientos orientados a la abstinencia o a la reducción de daños.

1.2. PROCESO TERAPÉUTICO

El tratamiento integral consiste en un proceso de cambio en donde el enfermo va modificando su forma de pensar y su conducta en relación con las sustancias adictivas, aprendiendo a vivir sin drogas. El modelo transteórico de cambio propuesto por Prochaska y DiClemente es ampliamente aceptado en la actualidad para el tratamiento de las drogodependencias. Parte de la base de que el cambio que experimenta el enfermo durante el tratamiento no es nunca lineal sino que está sometido a un proceso dinámico con avances y retrocesos (tabla 2).

↑ Las intervenciones psicoterapéuticas o farmacológicas deben adaptarse a la etapa de cambio en la que se encuentre el enfermo. Podemos dividir el proceso terapéutico en tres fases:

- **Desintoxicación** → tratamiento del síndrome de abstinencia o prevención del mismo. No siempre es necesaria porque no todos los enfermos sufren síntomas de abstinencia, sin embargo, incluso en estos casos suele ser útil para dar confianza al paciente y para establecer la alianza terapéutica.
- **Deshabitación** → tratamiento de la dependencia. Es imprescindible y consiste en diversas técnicas psicoterapéuticas asociadas o no a fármacos con el fin de conseguir la abstinencia y prevenir recaídas.

Tabla 2. Estadios de Prochaska y Diclemente (1982). Modelo de cambio

Precontemplación	No existe conciencia del problema, ni búsqueda de solución. Los esfuerzos del profesional han de ir dirigidos a promover la motivación del paciente.
Contemplación	Se comienza a contemplar el problema pero aún existe una ambivalencia que frena al paciente.
Preparación	La ambivalencia se ha resuelto a favor del cambio y el paciente ha decidido emprender alguna medida para modificar su patrón de consumo.
Acción	Se inicia el cambio de conducta, generalmente, en el marco de una intervención terapéutica.
Mantenimiento	Su duración se extiende desde los 6 meses posteriores a la estabilización hasta los 5 años después de iniciada la acción. Durante este estadio el paciente debe aprender como mantener los logros conseguidos hasta ese momento.
Recaída	La reanudación de consumos puede hacer que el paciente retroceda al estadio de precontemplación.

- Rehabilitación → tratamiento y prevención de las secuelas. Necesaria sólo cuando el consumo haya producido repercusiones a nivel psíquico, familiar, laboral o social.

2. TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO

Los enfermos suelen iniciar el tratamiento por presión de su entorno social o por el temor a las consecuencias de su consumo de alcohol. El mejor pronóstico lo presentan los pacientes que acuden voluntariamente, pero incluso los que van a la consulta persuadidos o coaccionados pueden tener una buena evolución si durante el proceso terapéutico adquieren conciencia de enfermedad.

2.1. CONSEJO TERAPÉUTICO. INTERVENCIONES BREVES

Se trata de intervenciones sencillas de tipo psicoeducativo dirigidas a promover el cambio de una conducta problema identificada en un paciente, persiguen dar información veraz sobre los riesgos y problemas relacionados con el alcohol y promover la abstinencia. Suelen llevarse a cabo desde atención primaria pero también puede ser útil en la consulta psiquiátrica no especializada.

Evaluación global → Asesoramiento breve
→ Seguimiento

2.2. TRATAMIENTO DE LA INTOXICACIÓN ETÍLICA AGUDA

Tabla 3. Esquema del tratamiento en intoxicación etílica aguda

Estabilizar constantes.
Posición en decúbito lateral.
Lavado gástrico si no más de 2 horas desde la ingesta.
Administrar tiamina.
Perfusión glucosada.
Si vómitos: metoclopramida.
Si consumo de otros depresores del SNC (BZD u opiáceos): flumazenilo o naloxona.
Agitación psicomotriz: contención mecánica si precisa y sedación (BZD o antipsicóticos).
Alcoholemia > 4 g/l → hemodiálisis.

2.3. DESINTOXICACIÓN. TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA DE ALCOHOL

En los casos leves o moderados se realiza la desintoxicación en régimen ambulatorio administrando fármacos de acción sedante como las benzodiazepinas, el clometiazol, el tiapride, la oxcarbazepina o el topiramato, que combaten eficazmente los síntomas de abstinencia. La dosis inicial debe ser individualizada según las necesidades de cada enfermo, se mantiene durante varios días y se reduce lentamente, pero no debe prolongarse mucho tiempo por el riesgo de dependencia. En casos graves de síndrome de abstinencia es conveniente la hospitalización y es imprescindible en el caso de delirium tremens o complicaciones físicas.

2.4. DESHABITUACIÓN. TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DE ALCOHOL

Se recomienda una intervención psicosocial prolongada con el fin de enseñar estrategias nuevas que le permitan al enfermo adaptarse a las situaciones cotidianas sin recurrir al alcohol. Estas intervenciones como la psicoterapia motivacional, la cognitivo-conductual o la de prevención de recaídas pueden ser de tipo individual o de grupo. Durante las sesiones de psicoterapia se revisa las situaciones o lugares en los que se producía el consumo, se analiza los estados emotivos que desencadenan el deseo de alcohol, y se recomienda solicitar apoyo de familiares o amigos en situaciones de peligro, practicando conductas alternativas al consumo.

Para la deshabituación son muy útiles los llamados “aversivos” o “interdictores” del alcohol que al inhibir la aldehído deshidrogenasa aumentan la concentración de acetaldehído en sangre produciendo sensaciones desagradables si se ingieren bebidas alcohólicas. Los más empleados son el disulfiram y la cianamida cálcica, pero como alternativa se puede recurrir también al metronidazol.

↑ Los aversivos siempre deben administrarse con el consentimiento del enfermo. Están contraindicados en patología pulmonar severa, cardiopatía, epilepsia o psicosis aguda. Se aconseja que algún allegado se responsabilice de administrárselos al enfermo para su mayor eficacia.

Otros fármacos utilizados como naltrexona, oxcarbazepina y topiramato no interfieren en el metabolis-



mo del etanol y disminuyen el deseo de beber y las ingestas compulsivas. También se han recomendado con el mismo objetivo el acamprosato, el litio, el tiapride, la fluoxetina y la buspirona, pero con peores resultados.

3. OPIÁCEOS

Afortunadamente la epidemia de heroína ha remitido en los últimos años y ya no es tan frecuente la demanda de primeros tratamientos por dependencia de opiáceos, sin embargo, persiste una numerosa población estable de adictos a opiáceos con graves problemas sociales, médicos y psiquiátricos.

3.1. TRATAMIENTO DE LA INTOXICACIÓN POR OPIÁCEOS O SOBREDOSIS

El tratamiento específico para la intoxicación a opiáceos es la naloxona, un antagonista opiáceo de acción rápida. Por vía intramuscular, intravenosa, subcutánea o endotraqueal, la naltrexona revierte los síntomas de intoxicación. Pero debido a su corta vida media (30'), el enfermo debe permanecer en observación pues existe riesgo de reaparición de los síntomas.

3.2. TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA DE OPIÁCEOS

Los medicamentos empleados en la desintoxicación de enfermos con dependencia a opiáceos son:

- Agonistas opiáceos: metadona, codeína o dextro-propoxifeno. Sustituyen la heroína o el opiáceo habitual y luego se reduce progresivamente la dosis.
- Alfa-2-adrenérgicos: clonidina, y lofexidina. Suprimen el componente vegetativo del SAO por inhibición de la actividad adrenérgica central. Son hipotensores y están contraindicados en pacientes con cardiopatía, hepatopatía o psicosis.
- Sedantes y analgésicos: para calmar la ansiedad, insomnio y dolores musculares que acompañan a la abstinencia.

3.3. DESHABITUACIÓN DE LA DEPENDENCIA DE OPIÁCEOS

La naltrexona es un antagonista opiáceo de acción prolongada que evita las recaídas porque impide el

refuerzo positivo de los opiáceos. Se recomiendan su uso en enfermos motivados con apoyo familiar y sin patología psiquiátrica grave.

Antes de iniciar el tratamiento con naltrexona el enfermo debe estar sin consumir opiáceos agonistas al menos tres días, por lo que es necesaria la desintoxicación previa. Debido a su larga vida media (3 días) se puede administrar cada dos o tres días, pero es recomendable la dosis diaria. La naltrexona está contraindicada si existe hepatopatía grave o aumento de las transaminasas.

La deshabituación de opiáceos también se puede intentar sin fármacos como en los programas libres de drogas, pero no es aconsejable.

3.4. PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE DAÑOS EN LOS ENFERMOS POR OPIÁCEOS

Entendemos por reducción de daños toda acción individual o colectiva, médica, social o jurídica que tiene como objetivo prioritario disminuir los efectos negativos asociados al uso de drogas. Se orienta a disminuir la morbilidad y mortalidad, prevenir las enfermedades transmisibles, favorecer la accesibilidad a los servicios asistenciales así como mejorar la calidad de vida de los usuarios de drogas. Son recursos asistenciales que proporcionan atenciones y cuidados básicos o que facilitan el consumo de agonistas opiáceos bajo control sanitario.

Los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM) permiten la administración controlada de dosis estables de metadona durante largos periodos de tiempo y contribuyen a disminuir el contagio por VIH y otras infecciones.

4. COCAÍNA

Las demandas de tratamiento por esta sustancia han experimentado en nuestro país un crecimiento espectacular en los últimos años.

4.1. TRATAMIENTO DE LA INTOXICACIÓN AGUDA POR COCAÍNA

No existe antídoto específico para los estimulantes por lo que el tratamiento debe ser sintomático. En casos graves se recomienda la hospitalización para prevenir las complicaciones médicas.

Las crisis ansiosas, la agitación psicomotriz o las convulsiones que pueden producir se tratan con benzodiazepinas. Los antipsicóticos no son recomendables si no existen claros síntomas psicóticos porque la hipersensibilidad de los receptores dopaminérgicos puede provocar efectos extrapiramidales.

4.2. DESINTOXICACIÓN. TRATAMIENTO DE LA ABSTINENCIA POR COCAÍNA

La interrupción del consumo de cocaína no suele causar síntomas graves de abstinencia, pero algunos enfermos experimentan molestias diversas entre pocas horas y varios días después del cese del consumo. Existe una fase aguda con sensación de gran "bajón" (*crash*), un periodo de privación menos pronunciado, y una fase de extinción que puede durar varias semanas para reaparecer de nuevo el deseo de cocaína.

Aunque no existe tratamiento específico para la abstinencia de los estimulantes, se utilizan las benzodiazepinas para combatir el estado de ánimo disfórico, el insomnio o la agitación y los antidepresivos para los síntomas depresivos.

4.3. DESHABITUACIÓN. TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DE COCAÍNA

Los avances en el conocimiento del mecanismo de acción de la cocaína han estimulado el ingenio de los investigadores para encontrar medicamentos eficaces para el tratamiento de la deshabituación de los cocainómanos y se ha probado tanto los antagonistas de la dopamina con la pretensión de disminuir los efectos placenteros de la cocaína, como los agonistas dopaminérgicos de acción prolongada para bloquear los efectos agudos.

Más recientemente, se han estudiado los fármacos gabaérgicos y glutamatérgicos debido a las evidencias de que el ácido g-aminobutírico (GABA), principal sistema neurotransmisor con efecto inhibitor, y el sistema glutamatérgico, modulan el sistema dopaminérgico y los efectos de la cocaína.

Por último se está ensayando también la inmunoterapia en la dependencia de cocaína para evitar la acción de la cocaína sobre el SNC, bien impidiendo con vacunas la entrada de la cocaína en el cerebro

o bien incrementando la degradación plasmática de la cocaína con anticuerpos catalíticos.

De todos los fármacos ensayados el que mejores resultados ha dado es el disulfiram. Inicialmente empleado en los enfermos con dependencia simultánea de cocaína y alcohol, en la actualidad se recomienda también en los enfermos que sin llegar a la dependencia de alcohol consumen bebidas alcohólicas antes o después de la cocaína.

El tratamiento debe basarse en la psicoterapia orientada a la prevención de recaídas. Con el fin de romper el ciclo de las intoxicaciones recurrentes es preciso acordar con el enfermo un plan estratégico que impida o dificulte el consumo.

Aquí es muy útil la monitorización urinaria pues además de objetivar los posibles consumos de cocaína, a muchos enfermos les sirve de aliciente para mantenerse abstinentes. La benzoilo-ecgonina es el metabolito más usado para la detección de cocaína en orina. El tiempo medio de detección en orina oscila entre 1-3 días después del último consumo.

4.4. PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS EN LOS ENFERMOS POR COCAÍNA

Este tipo de programas se ha desarrollado más en los enfermos de opiáceos, pero se están empezando a aplicar también en algunos casos graves de dependencia de cocaína con fracasos terapéuticos previos y grave conflictividad social.

5. CANNABIS

El cannabis es la droga ilegal de uso más extendido en España con una tendencia ascendente de consumo, aún más acusada entre los jóvenes y los adolescentes. Sin embargo, la proporción de demandas de tratamiento por el consumo de cannabis es muy baja si tenemos en cuenta el elevado número de sujetos con consumo problemático de esta sustancia.

Los tratamientos psicológicos orientados a la abstinencia son los prioritarios especialmente la psicoterapia de orientación cognitivo-conductual, la psicoterapia motivacional y la terapia de incentivos.

Debido a la larga vida media y al lento metabolismo del cannabis, la dependencia física, no suele dar



problemas y no hay necesidad de prescribir medicamentos durante la desintoxicación.

Por otra parte, no disponemos actualmente de ningún fármaco que haya demostrado su eficacia en el tratamiento de deshabitación de la dependencia de cannabis. Por lo tanto, el tratamiento del abuso y dependencia de cannabis debe fundamentarse en la terapia psicológica con controles de orina. Los análisis de orina pueden dar positivos incluso después de 2 semanas del último consumo.

El tratamiento farmacológico con ansiolíticos, anti-depresivos o antipsicóticos es necesario cuando se presentan complicaciones psiquiátricas.

6. TABACO

Según la OMS, el tabaco es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte prematura en el mundo.

En la actualidad sabemos que los tratamientos más efectivos en la dependencia de nicotina son los que combinan las terapias psicológicas con las farmacológicas. Disponemos tratamientos de sustitución, basados en la administración de nicotina por vía diferente a la fumada y a dosis decreciente durante un tiempo prolongado no menor de 3 meses. Otra alternativa es el uso de fármacos como el bupropion (inhibidor de la recaptación de dopamina y noradrenalina) y la vareniclina (agonista parcial de receptores nicotínicos).

7. ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS

Los ansiolíticos y los hipnóticos son sustancias con elevado potencial adictivo, por lo que es importante vigilar este riesgo en la clínica psiquiátrica.

7.1. TRATAMIENTO DE LA INTOXICACIÓN AGUDA POR ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS

En el caso de las benzodiazepinas está indicado el flumacenilo, antagonista de los receptores benzo-

diacepínicos que por vía intravenosa revierte eficazmente los síntomas de intoxicación.

En el caso de los barbitúricos se recomiendan cuidados intensivos por el riesgo de depresión respiratoria, pero no se dispone de antagonistas.

7.2. TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA POR ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS

En la dependencia moderada se puede intentar la disminución lenta de dosis, si no es posible, sustituirlo por una benzodiazepina de acción prolongada o por pregabalina, para luego prescribir una pauta de disminución progresiva. La supresión brusca no es recomendable porque puede desencadenar un síndrome de abstinencia grave con convulsiones o delirium. En tales casos se recomienda el tratamiento sustitutivo con fenobarbital, clometiazol o tiapride.

8. LUDOPATÍA

Previo a cualquier tratamiento de la ludopatía el enfermo ha de reconocer su enfermedad y aceptar la ayuda profesional, para luego establecer el objetivo terapéutico tras analizar sus características individuales, el tipo de jugador y las circunstancias ambientales de cada caso.

↑ Se pueden plantear al menos cuatro tipos de objetivos terapéuticos: el juego controlado, la abstinencia parcial para uno o varios juegos, la abstinencia absoluta para todo tipo de juegos y la abstinencia simultánea de bebidas alcohólicas.

El tratamiento es fundamentalmente psicoterapéutico y los mejores resultados se obtienen con los Programas Multimodales que combinan las psicoterapias individuales o grupales y la psicoeducación con el tratamiento específico para el alcoholismo, la ansiedad o la depresión.

RECOMENDACIONES CLAVE

Los psiquiatras deben incluir las conductas adictivas en la exploración clínica rutinaria de forma sistemática.

No todos los casos de abuso o dependencia precisan un tratamiento con psicofármacos, pero siempre es conveniente la ayuda psicosocial y el consejo médico específico.

En el tratamiento del alcoholismo, las drogodependencias y otras conductas adictivas, el psiquiatra debe acostumbrarse a trabajar en colaboración con otros profesionales como psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales.

9. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Santodomingo J. Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre Diagnóstico y Tratamiento del alcoholismo y otras dependencias. Madrid: SEP. 2006.

Guardia Serecigni J et al. Guías clínicas: Alcoholismo. Socidrogalcohol. Valencia. 2008.

Fernández Miranda J et al. Actuaciones clínicas en trastornos adictivos. Barcelona: Ed. Aula Médica. 2002.

Rubio Valladolid G, SantoDomingo Carrasco J. Guía práctica de intervención en el alcoholismo. Madrid: Consejería de Sanidad. 2000.

Bobes García J, Casa Brugué M, Gutierrez Fraile M. Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias. Barcelona: Ed. Ars Médica. 2003.

10. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

<http://www.pnsd.msc.es>: Publicaciones del Plan Nacional sobre Drogas. Información del Ministerio de Sanidad con guías para profesionales.

<http://www.adicciones.es>: Revista Adicciones. Monografías sobre cada una de las sustancias y acceso gratuito a los artículos completos.

<http://www.elsevier.es>: Revista Trastornos Adictivos. Acceso gratuito a los artículos completos.

<http://www.nida.nih.gov/NIDAEspañol.html>: Nacional Institute of Drug Abuse. Abundante información del NIDA en inglés y en español.





120. EL PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DUAL



Autores: M^a José Besalduch Arín, Virginia Pérez Maciá y Gustavo López Pérez
Tutora: Lorena García Fernández
Hospital Universitario de San Juan. Alicante

CONCEPTOS ESENCIALES

La patología dual es una de las principales complicaciones de los trastornos psiquiátricos, que afecta a un 40%-60% de los pacientes y favorece una deficiente adherencia al tratamiento, una peor evolución clínica y un sensible incremento de los costes sociales y sanitarios asociados a las enfermedades psiquiátricas.

La patología dual suele estar infradiagnosticada por distintas razones relacionadas con los conocimientos profesionales, las creencias y las actitudes en la entrevista clínica. La elevada prevalencia de este tipo de comorbilidad exige una correcta detección del consumo de sustancias entre los enfermos psiquiátricos, así como de los trastornos psicopatológicos entre los pacientes atendidos por adicción al alcohol u otras drogas.

El tratamiento de la comorbilidad entre un trastorno de sustancias y otra enfermedad psiquiátrica debe realizarse por un único equipo de tratamiento (modelo integrado), evitando las intervenciones secuenciales o paralelas. El tratamiento debe ser igualmente integrador, unificando las intervenciones farmacológicas, psicológicas y sociales.

1. INTRODUCCIÓN

El término “diagnóstico dual” hace referencia a la coexistencia, en el mismo sujeto, de un Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) y otra patología psiquiátrica. Se identifica con otros de similar significado como “patología dual”, “trastorno dual” o “comorbilidad”. En la práctica clínica estos cuadros no suelen limitarse a la presencia de dos patologías sino a un diagnóstico triple e incluso cuádruple, combinando el TUS con otras patologías del Eje I, trastornos de la personalidad (Eje II) e incluso alguna enfermedad física (Eje III). Por estos motivos, distintos autores consideran más adecuado utilizar el término de comorbilidad frente a los de diagnóstico, trastorno o patología dual.

➔ 2. EPIDEMIOLOGÍA

Se estima que entre el 40%-60% de los enfermos mentales desarrollan un TUS a lo largo de su vida.

Por otra parte, hasta un 60% de los drogodependientes que solicitan tratamiento por su adicción presentan una comorbilidad con otro trastorno psiquiátrico, incluyendo los de la personalidad. En conjunto, al menos un 4% de la población presentará un diagnóstico dual a lo largo de la vida, cifra que se eleva considerablemente en países con altas prevalencias de consumo, como es el caso de España. Las diferencias en el consumo de drogas entre enfermos psiquiátricos, en relación a la edad y el sexo, son similares a las registradas entre la población general. Los más jóvenes presentan mayor riesgo de consumir sustancias que pueden generar adicción. La mayoría de los pacientes duales manifiestan ambas patologías entre los 25 y los 35 años, pero esta comorbilidad puede desarrollarse a cualquier edad.

Si bien la presencia de una patología psiquiátrica siempre incrementa considerablemente el riesgo res-



pecto a quienes no tienen este tipo de trastornos, determinadas enfermedades registran mayor riesgo de comorbilidad con un trastorno adictivo (tabla 1). Otras patologías, que generalmente no son incluidas en estudios epidemiológicos, presentan una importante asociación con los TUS: es el caso del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y de los trastornos de la conducta alimentaria. Un 20%-40% de los adultos con TDAH presentan un TUS a lo largo de su vida, cifra que se sitúa en el 17% en el caso de la anorexia nerviosa restrictiva y alcanza el 46% en la bulimia.

Entre los sujetos con un trastorno de personalidad, la prevalencia-vida de adicción al alcohol es del 16% y del 7% en el caso de otras drogas. En sentido inverso, los adictos al alcohol presentan un trastorno de personalidad en el 29% de los casos, que se eleva hasta un 48% entre los abusadores o dependientes a otras sustancias. Entre la población clínica atendida por un TUS, esta cifra alcanza un 56,5%. Los trastornos por uso de sustancia son más comunes entre los sujetos con un trastorno de personalidad antisocial, dependiente, histriónico, límite y paranoide. De igual modo, los trastornos de personalidad más prevalentes entre los adictos a sustancias son los de tipo antisocial, límite, paranoide y obsesivo.

En España son escasos los estudios de prevalencia de patología dual. La Sociedad Española de

Patología Dual ha observado una prevalencia del 53% entre los pacientes atendidos tanto en centros específicos de drogodependencias como de salud mental. Tres cuartas partes de estos enfermos presentarían dos o más trastornos mentales comórbidos con el TUS, y en un 71% se observaría un trastorno de la personalidad. Esta prevalencia difiere según el tipo de recurso asistencial en el que se analice. En los centros especializados en drogodependencias la prevalencia se eleva hasta un 63% mientras que, en las unidades de salud mental, el 25% de los pacientes atendidos presentarían un trastorno dual. En una unidad de hospitalización psiquiátrica, la tasa de comorbilidad se sitúa en torno al 30%-50% dependiendo del diagnóstico que motive el ingreso.

↑ 3. ETIOPATOGENIA

En la actualidad no existe una teoría única que explique la génesis de la comorbilidad entre los trastornos por uso de sustancias y otras patologías psiquiátricas, pero sí diferentes hipótesis que disponen de suficiente grado de evidencia, si bien no exentas de críticas. Distintos autores han propuesto clasificaciones que incluyen diversas hipótesis etiopatogénicas. En la actualidad, la clasificación más aceptada es la propuesta por Mueser, especialmente útil en la justificación de la relación entre los trastornos por uso de sustancias y los trastornos mentales graves,

Tabla 1. Prevalencia vida de trastornos por uso de sustancias en enfermos psiquiátricos. Fuente: Epidemiological Catchment Area Study (Regier et al., 1990)

	Cualquier abuso o dependencia a sustancias		Cualquier abuso o dependencia al alcohol		Cualquier abuso o dependencia a otras drogas	
	%	OR	%	OR	%	OR
Población general.	16,7%	---	13,5%	---	6,1%	---
Cualquier trastorno afectivo.	32,0%	2,6	21,8%	1,9	19,4%	4,7
– Trastorno bipolar.	56,1%	6,6	43,6%	5,1	33,6%	8,3
– Depresión mayor.	27,2%	1,9	16,5%	1,3	18,0%	3,8
– Distimia.	31,4%	2,4	20,9%	1,7	18,9%	3,9
Cualquier trastorno de ansiedad.	23,7%	1,7	17,9%	1,5	11,9%	2,5
– Trastorno obsesivo-compulsivo.	32,8%	2,5	24,0%	2,1	18,4%	3,7
– Fobias.	22,9%	1,6	17,3%	1,4	11,2%	2,2
– Trastorno de pánico.	35,8%	2,9	28,7%	2,6	16,7%	3,2
Esquizofrenia.	47,0%	4,6	33,7%	3,3	27,5%	6,2

como la esquizofrenia o el trastorno bipolar. Esta clasificación distingue cuatro modelos:

- Existencia de factores comunes: las enfermedades psiquiátricas y los trastornos por uso de sustancias compartirían factores de riesgo comunes, como los familiares (genéticos), el trastorno antisocial de la personalidad y las disfunciones neurobiológicas, generalmente asociadas al sistema dopaminérgico.
- Trastorno por uso de sustancias secundario: la presencia de una enfermedad psiquiátrica constituiría el factor de riesgo para el desarrollo de un TUS, en base a dos posibles mecanismos:
 - Automedicación: hipótesis propuesta por Khantzian, considerando que la elección de una droga determinada por parte del enfermo psiquiátrico no sería al azar sino dirigida a atenuar los síntomas de la patología psiquiátrica primaria o disminuir los efectos secundarios del tratamiento.
 - Hipersensibilidad biológica: entre los enfermos psiquiátricos, el consumo de cantidades relativamente pequeñas de alcohol u otras drogas produce efectos mucho más intensos que los esperados. Se supone que esta hipersensibilidad es producida porque su vulnerabilidad genética está aumentada.
- Trastorno psiquiátrico secundario: la patología psiquiátrica estaría producida por el TUS y correspondería a la categoría nosológica de los trastornos inducidos por sustancias.
- Modelos bidireccionales: proponen que la interrelación entre los distintos trastornos justificaría la persistencia de la comorbilidad en el tiempo.

Junto a los cuatro tipos de modelos etiopatogénicos expuestos, otros factores etiológicos comunes del consumo de drogas –como la presión social, las expectativas o determinados rasgos de personalidad como la desinhibición o la búsqueda de sensaciones–, influyen en una más elevada incidencia de la adicción a sustancias entre los enfermos psiquiátricos. Entre estos factores, los déficits en las relaciones sociales destacan como factor de riesgo, bajo la hipótesis de que el consumo de drogas proporcionaría mayor facilidad de integración del enfermo en un grupo social.

4. CLÍNICA

La coexistencia de un TUS comórbido con otra enfermedad psiquiátrica se asocia a un peor pronóstico, mayor frecuencia de recaídas y de ingresos hospitalarios, peor adherencia al tratamiento y un agravamiento de la psicopatología presente en el paciente. Al margen de estas consideraciones, las manifestaciones clínicas de la comorbilidad entre un TUS y otra patología psiquiátrica no difieren, en gran medida, de las que caracterizan a cada trastorno por separado. No obstante, es conveniente tener en cuenta algunas particularidades:

- La aparición de una recidiva de la enfermedad psiquiátrica, en periodos de abstinencia, siempre debe ser considerada como un factor de riesgo para la recaída en el consumo.
- Los psicóticos duales suelen presentar un predominio de la sintomatología positiva, independientemente de los episodios de intoxicación por consumo de sustancias.
- Los pacientes adictos a sustancias con un trastorno bipolar comórbido a menudo manifiestan más episodios mixtos o de ciclación rápida.
- El riesgo de suicidio es superior entre los pacientes duales.
- Entre los enfermos duales con trastornos de ansiedad existe mayor probabilidad de fenómenos de rebote, motivados por el efecto de la droga consumida en los sistemas de neurotransmisión.

De igual modo, debe vigilarse estrechamente la superposición de síntomas y determinar si éstos son primarios o producidos por cuadros de intoxicación, abstinencia o el intenso deseo por consumir (*craaving*).

5. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la comorbilidad psiquiátrica en los pacientes con un TUS –o viceversa– presenta algunas dificultades. A pesar de la elevada prevalencia de TUS entre los pacientes psiquiátricos, es habitual que este tipo de trastornos no sea identificado por motivos diversos, como la falta de formación del profesional, la errónea creencia de que los tratamientos son poco efectivos o, simplemente, porque no



se interrogue al paciente acerca de su consumo de sustancias. En otras ocasiones, el deterioro cognitivo del enfermo psiquiátrico dificulta en gran medida la entrevista clínica y la obtención de datos que apunten hacia la existencia de un TUS. También es común que el enfermo se encuentre en un estado motivacional pre-contemplativo, sin disposición alguna al cambio. Finalmente, no debe olvidarse que los patrones de consumo –así como las consecuencias de éste– son sensiblemente distintas entre los pacientes con comorbilidad psiquiátrica: pequeños consumos pueden ser problemáticos, motivo por el que no debe utilizarse como patrón de referencia el consumo de otros pacientes. Entre los enfermos atendidos en centros específicos de drogodependencias, estos errores diagnósticos acontecen con similar frecuencia, en este caso asociados a la inexperiencia de algunos profesionales para detectar patologías psiquiátricas. En ambas poblaciones clínicas, la confusión puede estar igualmente justificada por dificultades en el diagnóstico diferencial, considerándose como trastorno inducido por sustancias aquello que realmente es un trastorno psiquiátrico primario.

El diagnóstico de los TUS comórbidos incluye, obviamente, el específico de cada uno de los trastornos que coexisten en el paciente. Es aconsejable incidir en determinados aspectos clave como:

- Evaluar detalladamente el consumo de sustancias y su relación con el trastorno psiquiátrico comórbido, así como de su influencia en la intensidad sintomatológica y la adherencia al tratamiento.
- Valorar las consecuencias del consumo en distintas áreas del funcionamiento diario del paciente como sus relaciones sociales, trabajo, ocio, etc.
- Detectar los riesgos asociados al consumo, como la auto/heteroagresividad o la posible infección y transmisión de enfermedades contagiosas.
- Analizar la motivación al cambio y los objetivos del paciente relacionados con el abandono o disminución del consumo de drogas.

Las herramientas diagnósticas en los casos de comorbilidad son, básicamente, las mismas que para cada uno de los distintos trastornos por separado,

destacando la entrevista clínica como principal instrumento que debe dirigirnos hacia un correcto diagnóstico. Para ello es aconsejable mantener cierto grado de sistemática, incluyendo aspectos como los antecedentes de consumo, familiares, historia premórbida, así como la cronología de consumo y abstinencia y su relación con la sintomatología. Es igualmente importante recabar información procedente de familiares, cuidadores o personas próximas al paciente. Las pruebas biológicas clásicas en drogodependencias adquieren especial valor en estos casos y deben ser consideradas en todo protocolo diagnóstico. En el caso del alcohol, la determinación de los valores séricos de transaminasas, VCM y transferrina deficiente en carbohidratos (CDT); en relación a otras sustancias, la detección de tóxicos en orina o el análisis del pelo.

La valoración diagnóstica debe realizarse en momentos en los que el paciente se encuentre estable y nunca bajo los efectos de sustancias o de sintomatología de abstinencia (exceptuando, si así fuera necesario, el urinoanálisis). Es preferible que cualquier referencia al consumo de alcohol u otras drogas se realice una vez avanzada la entrevista y atendida la demanda inicial del paciente.

En la protocolización del diagnóstico de toda enfermedad psiquiátrica –en especial, del trastorno mental grave– es aconsejable incluir instrumentos de detección así como de severidad del consumo de drogas, que hayan sido validados en este tipo de población y se caractericen por su brevedad. Entre los más utilizados destacan:

- Instrumentos de detección: tanto el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) como el CAGE son dos cuestionarios breves con elevada eficiencia diagnóstica en los trastornos por consumo de alcohol. El Drug Abuse Screening Test (DAST) es igualmente muy útil en el caso de otros tipos de sustancias. Finalmente, el Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument (DALI) fue específicamente diseñado para detectar consumos problemáticos de alcohol y otras drogas en enfermos con un trastorno mental grave.
- Instrumentos de valoración de la gravedad de la adicción: un clásico como el Addiction Severity Index (ASI) es de difícil aplicación en los casos

de patologías psiquiátricas más severas por su extensión. Para valorar la intensidad o gravedad de la adicción es aconsejable utilizar instrumentos breves como la Severity Dependence Scale (SDS) o el Leeds Dependence Questionnaire (LDQ), así como los cuestionarios de cribaje anteriormente citados. En la evaluación de la sintomatología de abstinencia se utilizarán las escalas específicas para cada tipo de sustancia como la Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA-Ar).

La presencia de otras patologías psiquiátricas entre los pacientes atendidos en centros específicos de drogodependencias pueden ser evaluada mediante entrevistas semi-estructuradas como la Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM), la Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) o la Diagnostic Interview for Genetic Studies (DIGS), todas ellas validadas en nuestro país.

➔ 6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Por su propia naturaleza, la comorbilidad entre un TUS y otros trastornos psiquiátricos constituye una patología múltiple. En consecuencia, el diagnóstico diferencial incluirá el propio de cada uno de los trastornos que la constituyen. De igual manera es preciso establecer la diferenciación entre un trastorno psiquiátrico primario y uno inducido por sustancias. Para ello recurriremos a la evolución cronológica de cada una de las patologías que concurren, orientándonos hacia un trastorno inducido cuando éste solo aparezca coincidiendo con una intoxicación o en el contexto de un síndrome de abstinencia. Por el contrario, el trastorno psiquiátrico será primario cuando se evidencie antes del TUS y/o en momentos en los que el paciente esté abstinencia o sin cambios significativos en el consumo de sustancias. Aunque en sentido estricto ambos casos corresponden a un diagnóstico dual (trastorno psiquiátrico secundario a TUS), la naturaleza primaria o inducida del trastorno psiquiátrico comórbido presenta significativas implicaciones clínicas y terapéuticas.

➔ 7. TIPOLOGÍA

La heterogeneidad de los pacientes duales aconseja su tipificación, dirigida tanto a su ubicación asis-

tencial como al diseño del plan de tratamiento. En este sentido, la clasificación propuesta por Reis es la más extendida y divide a los pacientes en cuatro grupos:

- Tipo I: caracterizados por baja severidad tanto del TUS como del trastorno psiquiátrico comórbido. Generalmente son atendidos en atención primaria.
- Tipo II: baja severidad del trastorno psiquiátrico y TUS intenso. Atendidos en centros específicos de drogodependencias.
- Tipo III: alta severidad del trastorno psiquiátrico y baja del TUS. Es el perfil más característico en los dispositivos de salud mental.
- Tipo IV: alta severidad de ambos tipos de trastornos. Corresponde a los pacientes duales de mayor gravedad –como es el caso de los psicóticos duales– y precisan un tratamiento integrado y especializado.

Esta clasificación presenta la ventaja de utilizar como criterio la intensidad de los síntomas y el impacto de éstos en el individuo, incrementándose progresivamente el nivel de necesidades del paciente y, en consecuencia, de especificidad del tratamiento.

⬆ 8. TRATAMIENTO

Como principio general, el tratamiento de los pacientes duales debe realizarse bajo un modelo asistencial integrado, en el que la atención al TUS y a los demás trastornos psiquiátricos presentes en el sujeto se provea de forma simultánea por parte del mismo dispositivo asistencial. Este modelo se contrapone al consecutivo (en el que primero se atiende una patología y luego otra) y al paralelo, caracterizado por una asistencia de cada tipo de trastorno en un dispositivo diferente (p. ej. un centro de drogodependencias y una unidad de salud mental). Este principio básico adquiere mayor importancia según se incrementa el grado en la tipología de pacientes expuesta anteriormente.

Los principios del tratamiento en pacientes duales –especialmente en los más graves o Tipo IV de Reis– presentan ciertas connotaciones diferenciales como la búsqueda activa de casos, un enfoque asertivo que facilite la participación activa del paciente, la amplitud



de servicios que favorezca la estabilidad global del paciente, la flexibilidad y especialización de las intervenciones, así como infundir optimismo y esperanza en los pacientes y sus familiares y cuidadores. Todo ello desde la perspectiva de una enfermedad crónica que conlleva la lógica probabilidad de recaídas.

El proceso de tratamiento de la patología dual en enfermos mentales severos es complejo y precisa de un mayor esfuerzo motivacional por parte del equipo de tratamiento, dividiéndose en cuatro fases:

- **Compromiso:** se mantiene un contacto regular con el paciente, aun cuando éste mantenga el consumo, dirigido a establecer una alianza terapéutica y cubrir las necesidades básicas.
- **Persuasión:** mediante intervenciones motivacionales se pretende incrementar la disposición al cambio en el paciente e iniciar una reducción en el consumo.
- **Tratamiento activo:** dirigido bien hacia la abstinencia, bien hacia una reducción del daño.
- **Prevención de recaídas:** identificación de factores de riesgo y entrenamiento en habilidades que permitan evitar futuras recaídas en el consumo.

8.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En líneas generales, el tratamiento farmacológico del paciente con patología dual no difiere del utilizado en cada uno de los trastornos comórbidos que presente. Sin embargo pueden realizarse algunas recomendaciones:

- Ante la aparición de sintomatología psicótica es aconsejable iniciar precozmente el tratamiento con antipsicóticos, incluso antes de realizar el diagnóstico diferencial entre un trastorno psicótico primario o inducido por sustancias.
- Los antipsicóticos atípicos se consideran de primera elección tanto por demostrar mejores resultados en la reducción del consumo como por la mayor sensibilidad de los sujetos adictos a los efectos extrapiramidales de los antipsicóticos clásicos.
- Para el tratamiento de los trastornos depresivos deben seguirse los criterios de eficacia, menor número de efectos secundarios e interacciones,

simplicidad de administración y menor riesgo autolítico. De primera elección son los ISRS y duales, estando contraindicados los IMAOs por su elevado riesgo de toxicidad en el caso de consumo de drogas.

- Con relación al trastorno bipolar, en fases agudas de episodios maníacos es aconsejable utilizar antipsicóticos atípicos. En el mantenimiento y profilaxis se ha observado mejor respuesta a los antiepilépticos que al litio, utilizándose el valproato, y oxcarbacepina como fármacos de primera elección.
- En trastornos de ansiedad se aconseja utilizar ISRS y duales como fármacos de primera elección. El elevado riesgo de abuso e interacciones desaconseja el tratamiento mantenido con benzodiazepinas. Cuando fuera preciso, se utilizarán las de vida media larga, a la menor dosis posible y en tiempo inferior a doce semanas.
- El insomnio puede ser tratado mediante antipsicóticos atípicos o antidepresivos con perfiles más sedativos (mirtazapina, trazodona...), a dosis inferiores a las terapéuticas.

8.2. TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

La referida heterogeneidad de la patología dual desaconseja la utilización de una intervención psicoterapéutica concreta para todos los casos. Por el contrario, el plan de tratamiento debe ser minuciosamente individualizado, dependiendo tanto de la sintomatología del paciente como de sus propios objetivos y necesidades. En cualquier caso es preciso insistir en la necesidad de alcanzar un óptimo grado de estabilización psicopatológica y de la adecuada alianza terapéutica en las que se sustente el tratamiento. Junto a la intervención motivacional y la psicoeducación (básica para incrementar la adhesión al tratamiento), se incluirán distintas técnicas de tipo cognitivo-conductual dependiendo de la psicopatología presente en el sujeto:

- **Tratamientos específicos del TUS:** prevención de recaídas, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, manejo de contingencias, habilidades sociales, asertividad, etc.
- **Tratamientos específicos del trastorno psiquiátrico comórbido:** ejemplos de este tipo de intervenciones son el entrenamiento en relajación

en pacientes con trastornos de ansiedad, las terapias de desensibilización sistemática en las fobias, la terapia psicológica integrada (IPT) en psicóticos o la terapia dialéctica conductual en el trastorno límite de la personalidad.

- Modelos de prevención de recaídas para psicóticos: se trata de adaptaciones del modelo de Marlatt realizadas para pacientes psicóticos, destacando el Substance Abuse Management Module (SAMM) y la Dual Recovery Therapy (DRT).

En cualquier caso, las intervenciones familiares deben complementar la intervención psicoterapéutica, tanto a nivel psicoeducativo como mediante técnicas específicas propias del modelo sistémico y cognitivo-conductual.

RECOMENDACIONES CLAVE

El principal obstáculo al tratamiento de la patología dual es su infradiagnóstico. Por ello, en todo paciente adicto a sustancias debe realizarse un cribaje de posibles trastornos psiquiátricos comórbidos. De igual modo, en la valoración clínica de los enfermos psiquiátricos es aconsejable incluir la detección del consumo de sustancias.

La alianza terapéutica, la motivación y el establecimiento de objetivos factibles a corto y medio plazo, así como la individualización del tratamiento, son los pilares básicos del tratamiento de los pacientes duales.

La intervención psicoterapéutica incrementa sustancialmente la adhesión al tratamiento en este tipo de pacientes. La integración de tratamientos biológicos y psicológicos ha evidenciado resultados significativamente más favorables que la simple administración de fármacos.

9. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Bobes García J, Casas Brugué M (coord.). Manejo clínico del paciente con patología dual. Valencia: Ed. Socidrogalcohol. 2009.

Rubio G, López-Muñoz F, Álamo C, Santo-Domingo J. Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Madrid: Ed. Médica Panamericana. 2002.

San Molina L (coord.). Consenso de la SEP sobre patología dual. Barcelona: Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. 2004.

10. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Mueser KT, Noordsy DL, Drake RE, Fox L. Integrated treatment for dual disorders: a guide to effective practice. New York: Ed. The Guildford Press. 2003.

Hendrickson EL, Strauss-Schmal M, Ekleberry S. Treating co-occurring disorders: a handbook for mental health and substance abuse professionals. New York: Ed. The Haworth Press, Inc. 2004.





121. LOS DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS





Autoras: María Ballester Martínez y Ana Ballester Gil
Tutor: Carlos García Yuste
Hospital Universitario de La Ribera, Alzira. Valencia

CONCEPTOS ESENCIALES

Las diferentes fases del proceso terapéutico para el drogodependiente son: desintoxicación, deshabituación y reinserción.

La atención se hará de forma multidisciplinar coordinando los recursos específicos a través de las Centros de Atención a las Drogodependencias estableciendo un plan de tratamiento individualizado.

1. INTRODUCCIÓN

-  **Objetivo:** “mejorar la accesibilidad y la atención integral de las personas afectadas por cualquier tipo de drogodependencia u otro trastorno adictivo”.
-  Se considera la necesidad que, el proceso terapéutico que inicia el enfermo drogodependiente sea un circuito continuado que asegure la actividad:
 - Asistencial: Diagnóstico, Desintoxicación y Deshabituación.
 - Social: Integración/Reinserción.
- El proceso de rehabilitación debe iniciarse desde el momento en que el paciente toma conciencia de su problema de dependencia de sustancias y el procedimiento a seguir debe, partir del diseño de un itinerario terapéutico individualizado, que contemple las circunstancias, prioridades, objetivos y ritmo de cada persona.
- Las recaídas en el consumo de drogas, una vez iniciado el proceso de tratamiento forman parte del mismo, y como tal han de abordarse, tanto por los profesionales como por el propio

paciente y el entorno familiar y social que le rodea.

2. PRINCIPIOS PRELIMINARES

2.1. POBLACIÓN DIANA

- Personas con problemas de adicción que se hallan en tratamiento en los diversos recursos de la red pública o específica de atención.
- Personas que consumen drogas y que acuden a la red sanitaria general por problemas relacionados con su consumo o por otros problemas de salud.
- Personas con problemas de adicción o que han logrado la abstinencia y, en ambos casos, se hallan en vías de inserción social.
- Personas que se hallan internas en centros penitenciarios o están siguiendo programas alternativos al cumplimiento de penas de prisión.
- Menores consumidores de drogas, internos en centros de protección o reforma.
- Las familias o el entorno de las personas con problemas de adicción, con especial atención a los descendientes.



- Las personas afectadas por patología dual, que cronifican y empeoran la evolución así como el pronóstico del problema adictivo.

↑ 2.2. LOS ENTORNOS DESDE DONDE SE DESARROLLA ESTE ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

- Sistema sanitario: mediante los servicios de atención primaria y los dispositivos de apoyo específicos (centros de atención y seguimiento; centros de salud mental, etc.). Evitar la “duplicación” de redes asistenciales.
- Servicios sociales: en coordinación con el sanitario.
- Ámbito laboral: asegurando la coordinación de los servicios de prevención de riesgos laborales, los comités de empresa y sindicatos, así como con los servicios sanitarios y los sociales.
- El sistema judicial: promoviendo la coordinación con el sector socio-sanitario y facilitando un enfoque judicial orientado a la incorporación social de las personas en situaciones vulnerables.

3. NIVELES ASISTENCIALES

Según el grado de especialización, los dispositivos que configuran el circuito asistencial de atención a los drogodependientes son:

➔ 3.1. PRIMER NIVEL

Constituido por los recursos que sirven de acceso al circuito asistencial. Las vías de acceso son:

- Centros de Atención Primaria de Salud.
- Centros de Servicios Sociales.
- Unidades de Salud Mental.
- Servicios tipo dispensario.
- Unidades Móviles.
- ONGs que realizan actividades de prevención/incorporación social y de apoyo y asesoramiento.

Objetivos:

- Información sobre los recursos disponibles.
- Detección precoz.

- Motivación para iniciar tratamiento.
- Derivación a recursos de segundo nivel.

↑ 3.2. SEGUNDO NIVEL

- En este nivel se sitúan las Centros de Atención a las Drogodependencias (CAD).
- Es el eje del proceso asistencial donde se articula el diseño y la coordinación de los programas de tratamiento individualizados, encaminados a la incorporación del drogodependiente en su medio.
- Vía de acceso: derivado desde los recursos de primer nivel o directamente, mediante consulta demandada por el drogodependiente, su familia u otros allegados.
- En la CAD se coordinan las intervenciones de los diferentes dispositivos, para la descentralización de la atención ambulatoria.

3.3. TERCER NIVEL

- Recursos o centros con un alto grado de especialización.
- Vía de acceso: únicamente desde CAD.
- Integrado por dispositivos estructurados como: Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, Unidades de Día y Comunidades Terapéuticas, viviendas tuteladas: a ellos se derivarán drogodependientes para alcanzar unos objetivos concretos, dentro de su programa de tratamiento individualizado.

4. DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN EN EL TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS

4.1. CENTROS DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS (CAD) (tabla 1)

- Centros especializados en la atención a las personas con problemas derivados de las drogas. También se presta atención a las ludopatía.
- Se componen de equipos multidisciplinares de profesionales sanitarios que garantizan la atención personalizada y directa a los pacientes y sus familiares.
- Son centros de tratamiento ambulatorio (Desintoxicación y Deshabituación) donde se desarro-

lla la asistencia a personas con problemas por consumo de drogas legales (tabaco, alcohol, metadona, fármacos de abuso) e ilegales (heroína, cocaína, éxtasis, THC, anfetaminas).

- **Objetivos:**
 - Diagnóstico y tratamiento de pacientes con patología adictiva.
 - Tratamiento de los familiares de los pacientes que lo requieran.
 - Coordinación con los distintos recursos que el paciente pueda precisar así como posibilitar una derivación, cuando proceda, a otros niveles de atención para lograr la máxima eficacia terapéutica.
 - Desarrollo de actividades de información, prevención, programas de reinserción social.

4.2. RECURSOS COMPLEMENTARIOS PRINCIPALES DE LA RED ASISTENCIAL EN DROGAS

- **Unidades de desintoxicación hospitalaria:**
 - Integrados en hospitales son dispositivos que realizan tratamientos de desintoxicación en régimen de internamiento.
 - Es el pilar fundamental, junto con la desintoxicación ambulatoria y el tratamiento de sustitución, en la rehabilitación de los enfermos drogodependientes.
 - Indicación: viene determinada por las características del propio sujeto, de las sustancias consumidas, de la falta de apoyo familiar, de su historia clínica, de la gravedad del diagnóstico en el momento de la valoración médica y de la inclusión en un circuito de atención.

- Los ingresos deben ser siempre programados a petición de las CADs, a donde deben ser derivados nuevamente.

- **Centros de día:**
 - Dispositivos que, en régimen de estancia de día, realizan tratamientos de deshabitación y rehabilitación mediante terapia farmacológica, psicológica, formativa y ocupacional a pacientes drogodependientes derivados desde los CAD.
 - Promueven la participación activa de los pacientes, por un tiempo determinado, con objeto de facilitar su incorporación social.
 - Quedan fuera de sus funciones la atención a procesos de desintoxicación o su utilización como residencia.

- **Dispositivos de Dispensación de Metadona:**

- Unidades móviles que facilitan la labor de acercamiento de los recursos a los usuarios de drogas a tratamiento a modo de extensión de las propias CADs (continuidad terapéutica).
- Dirigidos a usuarios de los programas de mantenimiento con derivados de opiáceos, principalmente los de baja exigencia.

- **Unidades de deshabitación residencial:**

Dispositivos que realizan tratamientos integrales en régimen de internamiento para deshabitación, rehabilitación y reinserción mediante terapia y promoción de la participación activa de los pacientes, con objeto de facilitar su incorporación social.

Tabla 1. Perfil del drogodependiente atendido en los CADs en España

- 44% mujeres; 66% varones.
- Contacto con los centros específicos tras 6 años de consumo.
- Casi 100% policonsumidores.
- Consumo de drogas: cocaína 21%; alcohol 18%; heroína 15%; cannabis 7%.
- Enfermedades diagnosticadas: 26% VIH; 32% hepatitis; 21% patología dual.
- Edad de inicio en el consumo: antes de los 16 años 32%; entre los 16 y 25 años 44%.

Estudio de la UNAD (Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente).



- Se ofrece un abordaje intensivo y global con actividades de tipo psicoterapéutico, ocupacional, socioeducativo y, eventualmente, farmacológico.

■ Viviendas tuteladas:

- Son viviendas convencionales, sin funciones asistenciales, en las que se convive de forma autosuficiente y normalizada, su objeto se orienta hacia alcanzar el mayor grado de autonomía personal y de convivencia dentro de un ambiente normalizado.
- Todos los usuarios de las viviendas deben estar atendidos en otros recursos asistenciales, con su diagnóstico, tratamiento y medidas de seguimiento.
- Se dirigen a drogodependientes en proceso de inserción social.
- Heroína, cocaína y alcohol son los perfiles mayoritarios de los usuarios que se benefician de estas viviendas tuteladas.

■ Unidades de valoración y apoyo a drogodependientes:

- Recursos de asesoramiento y apoyo a los órganos jurisdiccionales en valoración de drogodependientes con problemas legales.

■ Centros de encuentro y acogida:

- Recursos en régimen de internamiento temporal y/o ambulatorio.
- Intervención en el ámbito social, sanitario y terapéutico, desde un modelo de disminución de daños y riesgos, priorizando el objetivo de minimizar los daños provocados por las conductas adictivas.
- El perfil de usuario más deteriorado y con menos recursos personales y ambientales.

■ Asociaciones y ONG's:

- Diferentes recursos alternativos de ayuda y tratamiento al drogodependiente. P. ej. Alcohólicos Anónimos, Proyecto Hombre (figura 1).

5. PATOLOGÍA DUAL

- Con este término se denomina a la concurrencia en un mismo individuo de, por lo menos,

un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico.

Los estudios epidemiológicos internacionales revelan que la comorbilidad de abuso/dependencia a sustancias se da entre el 70 y el 80% en los pacientes con esquizofrenia, más del 60% en los pacientes con trastorno bipolar, más del 70% en los trastornos de personalidad graves, cifras mayores del 30% en trastornos por ansiedad y depresión, al igual que ocurre con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

- Actualmente empiezan a surgir equipos especializados dedicados a la salud de las personas con Patología Dual.
- Estos dispositivos deben incluir unidades de agudos, diferentes de las unidades de desintoxicación existentes y dispositivos para pacientes con patología dual subagudos, con ingresos programados que dispongan de un programa integral multidisciplinar y rehabilitador.

6. PAIME

- Programa de Atención Integral al Médico Enfermo y a todos los sanitarios.
- Tiene la finalidad de atender específicamente las necesidades asistenciales de los profesionales sanitarios afectados por problemas relacionados con las drogas.

Existe en todas las autonomías desde el año 2000.

7. ATENCIÓN AL DROGODEPENDIENTE EN PRISIONES

- Elevada prevalencia en población de prisiones.
- Programas coordinados entre administraciones penitenciarias, administraciones públicas y otras instituciones de Atención Especializada en drogodependencias para los internos que voluntariamente lo soliciten.


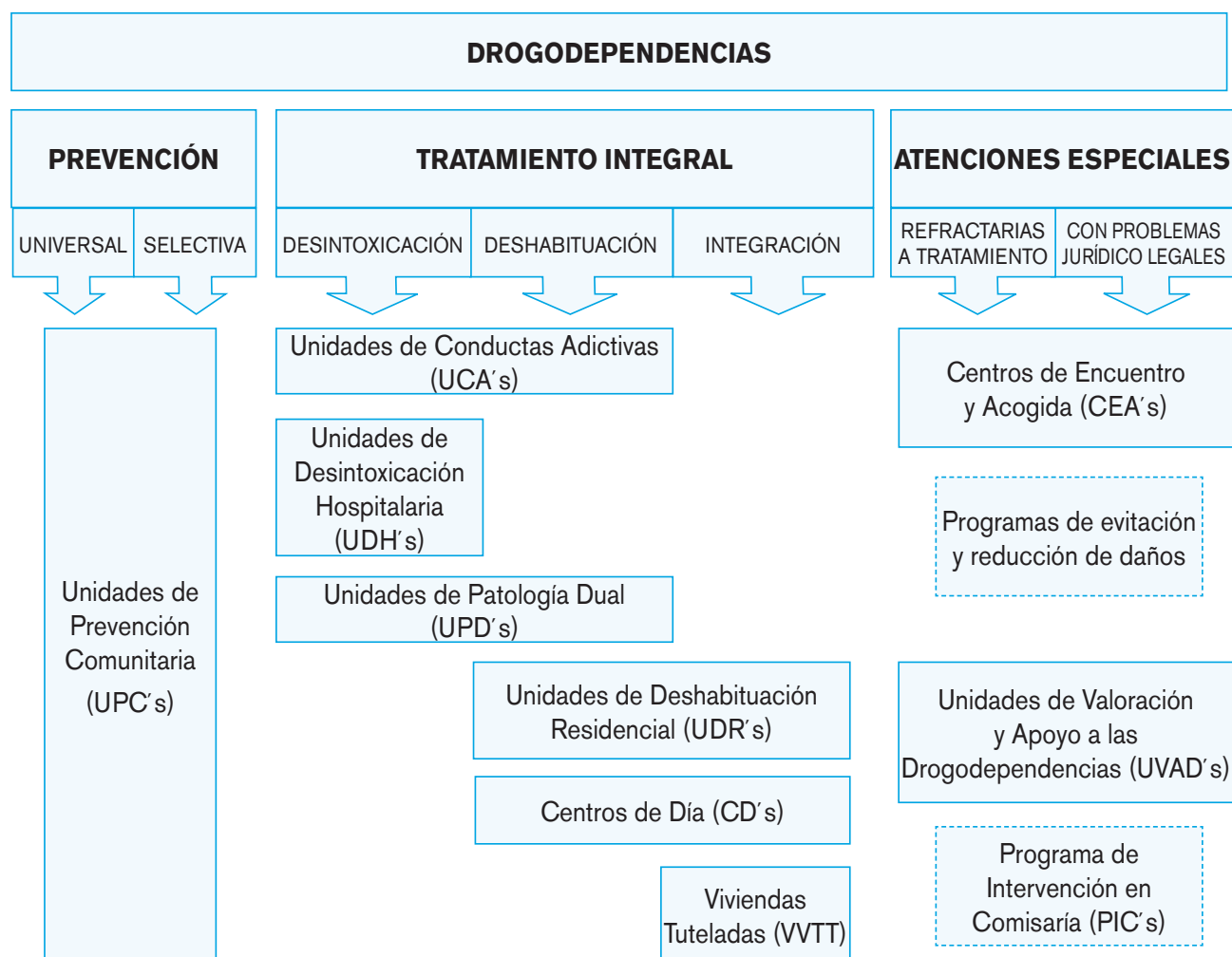
-  Responsable de la organización interna: Grupo de Atención a los Drogodependientes (GAD). Equipo multidisciplinar formado por

Figura 1. Ejemplo de modelo asistencial



(Esquema del modelo asistencial del Plan Estratégico sobre Drogodependencias y Otros Trastornos adictivos 2006-2010 de la Comunidad Valenciana.)

personal del centro penitenciario, otras instituciones y ONGs.

- Evalúa y atiende de forma individualizada al recluso.
- Coordina los programas y el itinerario terapéutico.

- Programas de intervención en centros penitenciarios:
- Programa de prevención y educación en salud.
 - Mediación en salud.
- Programas orientados a la abstinencia.

- Programas de reducción de daños y riesgos.
 - Programas de mantenimiento con metadona.
 - Programas de intercambio de jeringuillas.
- Otros programas:
 - Programas de acogida y motivación al tratamiento.
 - Programas de carácter lúdico o recreativo.
 - Programas de preparación para la vida en libertad.



RECOMENDACIONES CLAVE

Objetivo de los dispositivos: “mejorar la accesibilidad y la atención integral de las personas afectadas por cualquier tipo de drogodependencia u otro trastorno adictivo”.

El CAD es el dispositivo sobre el que pivota la asistencia.

COORDINACION entre diferentes niveles y equipos multidisciplinares es fundamental para conseguir resultados.

8. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Plan Nacional sobre Drogas 2006-2010. BOE Nº38. Sec. I: 15284-15312.

BO. Comunidad de Madrid 8 de julio 2002 núm. 160:5. Comunidad de Madrid, Toxicomanías, Drogodependencias y otros trastornos adictivos.

Plan Estratégico sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos de la Comunidad Valenciana. 2006-2010.

Plan de Galicia sobre drogas: organización y funcionamiento de la red asistencial, Santiago de Compostela, 2002.

Propuesta a la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Asociación Española de Patología Dual.

9. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Torrens M. Patología dual: situación actual y retos de futuro. Adicciones. 2008;20:315-320.

Fridell M, Nilson M. Comorbilidad: el consumo de drogas y los trastornos mentales.

San L (coord.). Sociedad Española de Psiquiatría. Consenso en patología dual. Barcelona: Ed. Ars Médica. 2004.



122. ASPECTOS DE GESTIÓN Y DOCUMENTACIÓN EN LA ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS



Autoras: Luz González Sánchez y Virginia Redondo Redondo

Tutor: Bartolomé Pérez Gálvez

Hospital Universitario de San Juan. Alicante

↑ CONCEPTOS ESENCIALES

La atención a los trastornos por uso de sustancias debe guiarse bajo los principios del gobierno clínico, manteniendo y mejorando unos estándares de calidad que garanticen un tratamiento seguro para el paciente, basado en la evidencia científica, eficaz, eficiente, accesible y equitativo.

En la evaluación de los tratamientos es preciso incluir, cuando menos, los cinco tipos básicos de ésta: la evaluación de necesidades, de procesos, de resultados, de satisfacción del paciente y económica.

1. INTRODUCCIÓN

En la última década, la asistencia a los trastornos por uso de sustancias ha sido progresivamente normalizada, introduciéndose conceptos de gestión comunes al tratamiento de otras patologías. De este modo se abandona la utilización de criterios basados en creencias y en informaciones carentes de la exigible evidencia científica.

La actuación conjunta de distintos organismos internacionales ha permitido unificar recientemente unos principios básicos en este tipo de tratamientos, incluyendo una extensa metodología de evaluación, cuyo conocimiento se hace preciso para los profesionales que trabajan en el campo de la Psiquiatría. El objeto del presente capítulo se centra en exponer, de manera introductoria y sintetizadora, el estado de situación actual de la gestión en los tratamientos de las drogodependencias, con especial énfasis en su evaluación.

2. PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO EN DROGODEPENDENCIAS: EL GOBIERNO CLÍNICO

La necesidad de normalizar la asistencia sanitaria a las personas adictas a sustancias motivó que la


Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y la Organización Mundial de la Salud (WHO) aprobaran recientemente un documento conjunto que recoge los siguientes principios básicos que deben caracterizar la gestión de los tratamientos en drogodependencias:


- Disponibilidad de un extenso programa de tratamiento de fácil acceso.
- Detección, evaluación, diagnóstico y planificación individualizada del tratamiento.
- Realización de intervenciones basadas en la evidencia científica.
- Respeto a los derechos humanos y a la dignidad del paciente.
- Atención a grupos de población específicos como mujeres, adolescentes, enfermos con comorbilidad orgánica o psiquiátrica, minorías étnicas, etc.
- Atención a los aspectos relacionados con la delincuencia asociada.
- Implicación comunitaria, participación y orientación hacia el paciente.
- Existencia de un método efectivo y eficiente de gobierno clínico.



- Desarrollo de políticas globales, planificación estratégica y coordinación de servicios.

Esta es la primera ocasión en la que el gobierno clínico (“*clinical governance*”) aparece reflejado en un consenso internacional sobre el tratamiento de las drogodependencias. Este concepto hace referencia a un sistema de trabajo dirigido a la monitorización y mejora continuada de la calidad de las intervenciones clínicas. El gobierno clínico incluye algunos componentes de especial relevancia y necesaria aplicación en el campo de las drogodependencias, como son:


-  La efectividad clínica, aplicando intervenciones basadas en la evidencia y evaluando su implementación y efectividad mediante auditorías clínicas.
- El desarrollo profesional, favoreciendo la constante actualización de los conocimientos.
- El trabajo en equipo, con una clara definición de los roles y responsabilidades de cada uno de los agentes implicados en el tratamiento.
- La gestión de la información, incluyendo la obtención y custodia de datos y registros clínicos, los mecanismos para compartir la información con otros profesionales e instituciones implicadas, el análisis de los datos disponibles y el uso efectivo de los resultados obtenidos.
- La implicación de los pacientes y cuidadores en el tratamiento, tomando en consideración sus necesidades y opiniones.
- La gestión de riesgos, desde su prevención y control (por ejemplo, la vacunación del equipo) hasta la investigación de incidentes que pudieran ocurrir.
- La salud pública, atendiendo a la incidencia de las drogodependencias en la comunidad y fomentando la implicación de los clínicos en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la desaparición de desigualdades en materia de salud.

 La puesta en práctica de estos componentes esenciales del gobierno clínico se materializa mediante la realización de distintas actuaciones, como:

- La existencia de una política de servicio claramente definida, asegurando que todo el equipo

comparta una filosofía de tratamiento, objetivos y procedimientos comunes.

- Disponer de protocolos de tratamiento que detallen los criterios de admisión, procedimientos de valoración, planificación y provisión de cuidados, criterios de conclusión de la intervención terapéutica y sistemas de revisión.
- Definir roles y responsabilidades de la plantilla profesional, así como del sistema de formación continuada que permita mantener altos estándares de calidad asistencial.
- La supervisión dirigida a evitar el “*burnout*” entre los profesionales.
- La disponibilidad de los recursos económicos adecuados que permitan mantener una oferta de servicios estable y de calidad.
- La existencia de estructuras de coordinación y otros sistemas de comunicación entre servicios de tratamiento, así con otros agentes necesarios para mantener la continuidad de cuidados, como los médicos de Atención Primaria o de otras especialidades, y los servicios sociales.
- El desarrollo de sistemas de evaluación dirigidos a valorar el cumplimiento de los objetivos y que ofrezcan una retroalimentación para mejorar la calidad asistencial.
- La actualización de los servicios ofertados, adaptándolos a las necesidades de la población susceptible de necesitar un tratamiento.

 El gobierno clínico implica la responsabilidad de la institución en el mantenimiento y mejora de unos estándares de calidad que garanticen un tratamiento seguro para el paciente, basado en la evidencia científica, eficaz, eficiente, accesible y equitativo.

3. EVALUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS EN DROGODEPENDENCIAS

La gestión clínica precisa de sistemas de evaluación continuada que ofrezcan una adecuada retroalimentación para mejorar la calidad asistencial. En síntesis, podemos distinguir cinco tipos principales de evaluación de los sistemas y servicios de tratamiento de drogodependencias:

- Evaluación de necesidades.

- Evaluación de procesos.
- Evaluación de resultados.
- Evaluación de la satisfacción de los pacientes.
- Evaluación económica.

3.1. EVALUACIÓN DE NECESIDADES

La evaluación de necesidades se orienta a determinar la extensión del problema así como de las respuestas asistenciales que se precisan para afrontarlo. Las necesidades asistenciales tienen una naturaleza dinámica que aconseja estimarlas tanto en el momento actual como a corto o medio plazo. Este tipo de evaluación inicial es básica para cualquier planificación posterior de recursos y debe ser realizada con carácter previo al inicio de cualquier actividad asistencial que se prevea desarrollar.

➡ El término “necesidades” es un amplio concepto que puede ser definido desde distintas perspectivas. Mientras a nivel epidemiológico la necesidad de tratamiento puede ser entendida como la capacidad de que una comunidad se beneficie de un tratamiento específico, desde una perspectiva individual se considerará que una necesidad es aquello que el sujeto desea. Las necesidades de tratamiento en drogodependencias también se encuentran influenciadas por valores individuales y colectivos. Obviamente es necesario encontrar un punto de equilibrio entre ambos extremos e iniciar este tipo de evaluación con una definición concreta del concepto. Una buena definición es la propuesta por la UNODC, entendiendo “necesidad” como aquello de lo que una persona se podría beneficiar si tuviera acceso al sistema de tratamiento.

➡ En su formulación, la evaluación de necesidades debe responder a algunas cuestiones críticas como:

- ¿Cuál es la incidencia y prevalencia de los trastornos por uso de sustancias en la población?
- ¿Cuál es la previsión de la demanda de tratamiento?
- ¿Qué tipo de intervenciones asistenciales deben ser ofertadas?

- ¿Cuáles son las principales carencias existentes en el tratamiento actualmente ofertado a la población?

➡ Para dar respuesta a estas interrogantes, la evaluación de necesidades incluirá determinadas actividades entre las que se encuentran las siguientes:

- Definir las características de la población cuyas necesidades están siendo determinadas.
- Utilizar datos de prevalencia y/o incidencia existentes previamente, como los procedentes de encuestas de consumo en población general y subgrupos específicos (adolescentes, población laboral, mujeres...).
- Incorporar a la evaluación aquellos indicadores indirectos que permitan estimar la magnitud del problema, como los registros de morbilidad y mortalidad asociadas al consumo de drogas.
- Contar con la opinión de todos los agentes implicados (población general, pacientes, familiares, profesionales, gestores públicos...) mediante la realización de encuestas específicas y grupos de discusión.
- Identificar los recursos asistenciales actualmente existentes, valorando su capacidad asistencial, utilización por la población, tiempos de respuesta (lista de espera) y rendimiento.
- Revisar experiencias previas en contextos similares, así como intervenciones terapéuticas específicas que pudieran ser eficaces y eficientes.

En cualquier caso, la evaluación de necesidades debe determinar la diferencia entre la población que debería ser atendida por un trastorno por uso de sustancias y la que realmente está recibiendo cobertura, así como la adecuación de ésta para resolver las necesidades específicas de los pacientes.

3.2. EVALUACIÓN DE PROCESOS

Tiene por objeto conocer cómo se está desarrollando realmente el programa de tratamiento y si éste se adecua a la planificación del mismo. No intenta conocer los cambios que pudieran haberse generado en los pacientes pero sí la forma en la que los recursos asistenciales son utilizados para producir



algunos “*outputs*” para los que fueron diseñados (por ejemplo, el número de pacientes atendidos).

➡ En su desarrollo, una evaluación de procesos debería responder a cuestiones como las siguientes:

- ¿Cuál es el número de personas que son atendidas anualmente?
- ¿El tipo de pacientes atendidos coincide con el tipo inicialmente previsto?
- ¿Cuál es el tiempo de respuesta del servicio (o recurso) y su lista de espera?
- ¿Cuál es la actividad asistencial (o administrativa, docente, investigadora, etc.) del servicio, recurso y/o profesional implicado?
- ¿Qué formación está recibiendo el equipo profesional y cuál es su grado de satisfacción con su trabajo?

La evaluación de procesos se relaciona íntimamente con la mejora continua de la calidad e incluye múltiples áreas de análisis. La coordinación entre los distintos recursos y niveles asistenciales, la accesibilidad al tratamiento, el cumplimiento de estándares previos, la extensión y complementariedad de la oferta terapéutica, la calidad de los registros o la capacidad docente e investigadora son, entre otros, elementos que deben ser incluidos en una evaluación de este tipo.

3.3. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

La evaluación de resultados analiza el grado de cambio que se obtiene en el paciente como resultado del tratamiento que ha recibido. En otras palabras, la evaluación de resultados analiza cuál es la eficacia del tratamiento. Un aspecto clave de este tipo de evaluación es determinar la existencia de una relación de causalidad entre el tratamiento y el cambio percibido en el sujeto, cuantificando en lo posible la influencia del proceso terapéutico.

➡ Un aspecto crítico en la evaluación de resultados de un programa o servicio de tratamiento de las drogodependencias lo constituye la definición de los indicadores que van a ser utilizados en la misma. Los resultados deben medirse no solo en términos de abstinencia o uso de sustancias después del tratamiento, sino incluyendo los cambios objetivados en

el paciente en, al menos, otras tres áreas fundamentales: conductas de riesgo, problemas de salud, y funcionamiento social y personal. En consecuencia, la evaluación de resultados dará respuesta a cuestiones del tipo:

- ¿Qué proporción de los pacientes que han sido atendidos concluyen el tratamiento?
- ¿Cuántos se mantienen abstinentes al finalizar el tratamiento? ¿Cuál es la reducción de consumo obtenida?
- ¿Qué mejoría presentan los pacientes, al concluir el tratamiento, en las distintas áreas de funcionamiento evaluadas?
- ¿En qué grado puede atribuirse al tratamiento la mejora observada en los pacientes?
- ¿El tratamiento ofertado es más efectivo que otras opciones terapéuticas o que la ausencia de tratamiento?

➡ La evaluación de resultados se basa en la investigación cuantitativa y suele utilizar tres tipos de diseño:

- Estudios observacionales o naturalísticos (pre-post): es la opción más extendida y permite valorar los cambios que se evidencian en un grupo de pacientes, comparando su estado previo y posterior al tratamiento. Es el tipo de diseño más adecuado para los servicios con menor experiencia investigadora o que dispongan de escasos medios para ello. Entre sus limitaciones se encuentra su incapacidad para establecer una firme relación causal entre el tratamiento y los resultados, ya que no controlan otras variables -ajenas al proceso terapéutico- que pudieran explicar los cambios observados. Por otra parte, no permiten comparar la eficacia del tratamiento ofertado respecto a otras alternativas terapéuticas. Sin embargo, son muy útiles para corroborar el grado en que se alcanzan los objetivos inicialmente previstos, determinar subgrupos de pacientes con mejor o peor resultado, así como para determinar si la mejoría varía dependiendo de la cantidad y/o tipo de tratamiento recibido.
- Ensayos clínicos aleatorizados: este diseño compara dos o más grupos de pacientes que

son asignados, de forma aleatoria, al tratamiento cuya eficacia se pretende evaluar, a otra alternativa terapéutica o, en su caso, al “no tratamiento”. Todos los pacientes son evaluados por igual al inicio y final del tratamiento. Dado que el proceso de aleatorización hace que la frecuencia de aparición de otras variables sea similar en todos los grupos, anula el efecto que éstas pudieran tener en los resultados, permitiendo inferir una relación de causalidad entre éstos y el tratamiento que es evaluado. Este tipo de diseños permite comparar diferentes tipos de tratamientos entre sí, así como variables asociadas a estos (por ejemplo, frecuencia, duración, ubicación, etc.).

- Comparación entre grupos no aleatorizados: constituye una variante del diseño anterior, de exigencia intermedia entre los estudios naturalísticos y los randomizados. En este caso los pacientes no son inicialmente asignados a cada grupo de forma aleatoria, sino que en uno (grupo experimental) aparece la condición experimental que se pretende estudiar (por ejemplo, un determinado tratamiento farmacológico) y en el otro no. El éxito de este tipo de diseños depende en gran medida de la similitud de ambos grupos en distintas variables al inicio del tratamiento (sexo, edad, severidad de la adicción, etc.).

3.4. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES

La satisfacción con el tratamiento recibido condiciona el resultado de éste y, al mismo tiempo, los resultados inciden en la satisfacción percibida. Como ejemplo, sin esta perspectiva una tasa de abandonos más elevada podría ser atribuida a factores propios de los pacientes, cuando podría estar motivada por causas atribuibles al servicio como las listas de espera.

➡ El método más útil para evaluar la satisfacción de los pacientes es la administración de cuestionarios anónimos. Existen varios instrumentos validados, como el Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) o el Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ), si bien pueden diseñarse cuestionarios “ad hoc” para una evaluación en particular. La eficacia de estas evaluaciones es más elevada cuando se diseña para un objetivo específico (por ejemplo, valorar la acep-

tación de cambios en el sistema de tratamiento) y cuando se utilizan medidas y métodos adecuados, que contemplen cuidadosamente factores como el tamaño y selección de la muestra, o sus características socio-demográficas y clínicas.

3.5. EVALUACIÓN ECONÓMICA

➡ Este tipo de evaluación relaciona los recursos económicos invertidos con los beneficios obtenidos, determinando el grado de eficiencia del tratamiento. Se distinguen tres tipos principales de evaluación económica:

- Análisis de costes: determina el coste total del tratamiento. Ofrece indicadores de interés (por ejemplo, coste por proceso, por acto o por plaza) pero no permite discriminar la eficiencia del recurso evaluado. Un tratamiento puede exigir menos recursos económicos pero ser menos eficiente al obtener peores resultados.
- Análisis de coste-eficacia: es el tipo de evaluación más útil, permitiendo comparar dos o más tratamientos similares con iguales objetivos y estableciendo la eficiencia de éstos. Utiliza indicadores como la duración de la abstinencia, la tasa de recaídas o cualquier otra medida de resultados asociada con el tratamiento.
- Análisis de coste-utilidad y coste-beneficio: los análisis de coste-utilidad utilizan indicadores de calidad y de expectativas de vida como medida de resultados. Los análisis de coste-beneficio relacionan los costes del tratamiento con los costes evitados por la mejora de la salud y calidad de vida de los pacientes.

4. A MODO DE CONCLUSIÓN

Implementar un programa de mejora de la calidad en la atención a las drogodependencias precisa tres condiciones previas: voluntad política, disponibilidad de instrumentos técnicos y existencia de una cultura evaluativa. La primera es ajena al clínico, por más que éste pudiera influir en ella. Los instrumentos técnicos corresponden a las guías, estándares y criterios que deben dirigir la actividad asistencial y en ella debe participar activamente el psiquiatra, desde la estructura propia de las sociedades científicas o de grupos de trabajo de la institución en la que ejerza



sus funciones. Finalmente, la cultura evaluativa dependerá del interés de la organización pero, muy especialmente, de la predisposición de todos los profesionales que trabajan en ella.

Por este motivo, disponer de unos conocimientos básicos acerca de porqué gestionar y evaluar los tratamientos en drogodependencias y de cómo hacerlo, constituye una parte esencial del bagaje formativo del que debe disponer el futuro psiquiatra.

RECOMENDACIONES CLAVE

La atención a los trastornos por uso de sustancias debe caracterizarse por la amplitud de servicios ofertados, el incremento de la accesibilidad y la constante adaptación a una realidad dinámica, bajo criterios de trabajo multidisciplinar.

La gestión clínica eficiente exige compartir una misma filosofía de trabajo, basada en la evidencia científica, el interés por la mejora de la calidad y el trabajo en equipo.

La evaluación de los tratamientos no es un instrumento de control del clínico, sino una herramienta para mejorar la calidad de su trabajo. Por este motivo debe formar parte de las funciones propias de los profesionales sanitarios, aplicándose de forma regular en los servicios que atiendan estas patologías.

5. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Department of Health (England) and the devolved administrations. Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management. London: Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive. 2007.

Harris S, Taylor S. Clinical Governance in Drug Treatment: A Good Practice Guide for Providers and Commissioners. London: National Treatment Agency for Substance Misuse. National Health System. 2009.

Marsden J, Ogborne A, Farrell M, Rush B. International guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders. Geneva: World Health Organization. 2000.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación. Nueva York: Naciones Unidas. 2003.

UNODC-WHO Program. Principles of Drug Dependence Treatment. Discussion paper. [monografía en Internet]*. UNODC-WHO; 2008 [acceso 18 agosto 2009] Disponible en <http://www.unodc.org/docs/treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08%5B1%5D.pdf>

6. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Evaluating the Treatment of Drug Abuse in the European Union. EMCDDA Scientific Monograph Series, n° 3. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. 1999.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Guidelines for the evaluation of treatment in the field of problem drug use. A manual for researchers and professionals. EMCDDA Manuals, n° 3. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. 2007.

Programme on Mental Health. Quality assurance in Mental Health care. Check-lists & Glossaries. Vol. 2. Geneva: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. World Health Organization. 1997.

Programme on Substance Abuse. Costs and effects of treatment for psychoactive substance Use Disorders: A framework for evaluation. Geneva: World Health Organization. 1996.

Tims FM, Ludford JP. Drug Abuse Treatment Evaluation: Strategies, Progress, and Prospects. NIDA Research Monograph series, n° 51. Rockville (Maryland): U.S. Department of Health and Human Services. National Institute on Drug Abuse. 1988.





123. ALCOHOLISMO Y OTRAS ADICCIONES: ASPECTOS ÉTICOS Y MÉDICO-LEGALES



Autoras: M^a Ángeles Valero López y Elena Ferrer Sánchez

Tutor: José Manuel Bertolín Guillén

Hospital Arnau de Vilanova, Llíria. Valencia

CONCEPTOS ESENCIALES

El núcleo del debate ético en el contexto de las adicciones se centra en la cuestión del respeto a la autonomía del paciente, entendida como una capacidad fluctuante del individuo.

Desde el punto de vista criminalístico y medicolegal las drogas se consideran factores criminógenos de primer orden.

Corresponde a los peritos forenses informar sobre el estado del sujeto toxicómano en sus grados intelectual y volitivo en el momento de la comisión de los hechos delictivos que se juzguen, y la relación entre el consumo de sustancias y la alteración de esas capacidades.

1. ALCOHOLISMO Y OTRAS ADICCIONES: ASPECTOS ÉTICOS

1.1. TRATAMIENTO INVOLUNTARIO

Los problemas éticos básicos en referencia al tratamiento involuntario en general surgen entre los autores que se oponen al mismo en toda circunstancia, alegando que la libertad es un valor tan importante para la sociedad que se situaría por encima del resto de los valores. Por el contrario, los que están a favor del mismo tienden a situarse en una visión utilitarista defendiendo que lo correcto es disminuir o quitar aquellas barreras que la enfermedad mental impone al funcionamiento sano del paciente y que ello justifica una privación temporal de su libertad física.

El debate ético central del tratamiento involuntario en el contexto de las adicciones posee su origen en dos corrientes antropológicas filosóficas diferentes que se asimilan a dos perspectivas éticas:

- La antropología médica: considera la adicción como una enfermedad. Se trata de un problema individual que afecta a una persona que asume

el rol de paciente y en consecuencia puede verse afectada la competencia del sujeto. El objetivo del tratamiento se centraría en lograr la abstinencia del paciente y si eso no fuese posible se optaría por la paliación de los síntomas derivados. En conexión con lo anterior se inscribe la ética del paternalismo médico cuya esencia es soslayar la autonomía de una persona con la intención de proporcionarle un beneficio necesario.

- La antropología legal: considera la adicción un vicio, un problema a nivel social que consiste en una conducta auto-infligida y en consecuencia si ésta produjera un daño a terceros se merecería un castigo. Se equipara a la denominada ética de la autonomía, entendiéndola como la libertad frente a coacciones externas y la presencia de una facultad mental crítica ejemplificada por la comprensión, la intencionalidad y la capacidad de tomar decisiones voluntarias por parte del individuo.

El núcleo del debate se centra en la cuestión ética del respeto a la autonomía del paciente, siendo preci-



samente el concepto de autonomía en el contexto de las adicciones el que genera mayor controversia.

Algunos médicos del siglo XIX entendían que la adicción a una determinada sustancia consistía en un deseo irresistible de su consumo que limitaba la libertad de elegir cuándo consumirla o abstenerse.

En la perspectiva cognitiva de finales de los años 80 del pasado siglo se distinguían entre deseos, las preferencias de primer orden relacionadas con la impulsividad, y de segundo orden, donde se ubicaría la autonomía entendiéndola como una capacidad reflexiva crítica. Otros autores consideran que la autonomía tiene un carácter dinámico, es un proceso interpersonal que en el ámbito de la relación médico-paciente puede variar en la medida que el paciente es estimulado para recuperar su propia identidad y participar en la toma de decisiones.

Autores más actuales como Janssens y otros consideran que la autonomía es una capacidad positiva que permite al individuo identificarse y adaptarse a las diferentes situaciones. Para ellos, diferentes medidas restrictivas tales como el ingreso involuntario no son necesariamente contrarias al principio de autonomía del paciente.

Foddy y Savulescu argumentan que el deseo adictivo a una determinada sustancia se trataría de uno más de los múltiples existentes en un individuo, aunque de mayor intensidad. Las personas adictas son autónomas con libertad de elección y en consecuencia no se deberían someter a tratamiento involuntario.

Levy explica el menoscabo que sufre la autonomía de un paciente adicto basándose en un modelo temporal, en la denominada hipótesis de la "ego-depletion": Según el modelo, las personas adictas son capaces de abandonar el consumo de una sustancia en la medida que son capaces de controlar aquellas señales (amistades, círculo social, determinados lugares) que pueden disparar el consumo. Cuando el deseo de consumo es intenso (craving) y se trata de una situación prolongada en el tiempo se puede producir un agotamiento de los mecanismos de autocontrol y en consecuencia recaer en el ciclo de consumo, sesgando la autonomía del paciente.

↑ El concepto de autonomía en el contexto de las adicciones ha suscitado múltiples opiniones diferen-

tes a lo largo del tiempo. La tendencia más actual consiste en considerar la autonomía como una capacidad fluctuante en el individuo, en cuya valoración se recomienda que se tengan en cuenta los múltiples factores que concurren en un momento dado para proceder a calibrar los principios éticos que se hallan en juego (respeto a la autonomía del paciente, no maleficencia, beneficencia y justicia).

1.2. MUJERES EMBARAZADAS Y ABUSO DE SUSTANCIAS

En este contexto las cuestiones éticas abarcan no sólo la relación profesional-paciente sino que entra en juego una tercera parte, el feto, complicándose con las leyes de cada país que pueden ser más o menos restrictivas en cuanto a medidas punitivas. Todo eso puede favorecer que las mujeres embarazadas que abusan de sustancias no acudan a recibir tratamiento por miedo, vergüenza o desconfianza.

➡ El profesional puede debatirse en cuestiones tales como la confidencialidad de su paciente, el paternalismo, la autonomía, el bienestar del embrión y códigos éticos específicos, recomendándose valorar en cada momento qué principios éticos deben guiar su actuación profesional.

1.3. INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA DE LAS ADICCIONES

Es importante distinguir entre investigación terapéutica y no terapéutica, en función de que el paciente se beneficie o no, directamente, de la intervención. Las principales cuestiones éticas en este contexto se centran en el principio de análisis de riesgos y beneficios, la necesidad de obtener el consentimiento informado de los participantes y proteger la confidencialidad de los mismos.

Los ensayos clínicos que crean más polémica son aquellos donde se prescriben drogas susceptibles de abuso a personas con un diagnóstico de adicción. En este contexto existen autores que argumentan que no es posible obtener en ninguna circunstancia el consentimiento informado al considerar a los participantes incompetentes, aunque una vez que el individuo sigue un tratamiento si se podría obtener. Para otros, en cambio, sólo cuando el craving es irresistible se puede comprometer la voluntariedad de su participación.

En todo caso, el énfasis ético radica en que la capacidad de decisión en estos casos puede ser fluctuante, que no sólo el estado de intoxicación aguda o el síndrome de abstinencia pueden afectar al proceso de toma de decisiones y que es importante evaluar el contexto donde se lleve a cabo la valoración del paciente.

1.4. GENÉTICA EN EL ÁREA DE LAS ADICCIONES

Tanto las neurociencias como la investigación genética prometen mejorar nuestro conocimiento acerca de las adicciones aumentando nuestras opciones terapéuticas y la posibilidad de prevención, siendo en ésta última donde se centran las principales cuestiones éticas: la naturaleza predictiva de la información genética puede producir efectos adversos en la vida de las personas (estigmatizar, victimizar) y no sólo posee implicaciones individuales sino que abarca a familias enteras.

Otro supuesto en debate actualmente se centra en el denominado "test genético predictivo". Es un método de escrutinio que ciertos autores abogan por su realización en aquellos individuos que posean desde el punto de vista genético un alto riesgo de desarrollar una dependencia a sustancias. Sin embargo, posee limitaciones tales como la eficacia (al estar implicados varios genes es menos efectivo y más costoso por el gran número de individuos que se deberían someter al mismo), la inexistencia de un tratamiento eficaz o los posibles efectos adversos que pueden surgir durante su realización.

1.5. PRESCRIPCIÓN DE DROGAS SUSCEPTIBLES DE ABUSO

La prescripción de drogas susceptibles de abuso en la práctica clínica es habitual. En el caso de los opioides, en muchos países constituye un problema de salud pública importante debido a la alta incidencia de abuso o mala prescripción. En estos casos se recomienda tener en cuenta un elemento básico que es la confianza mutua en la relación médico-paciente así como una serie de condiciones éticas que deberían guiar la práctica clínica tales como la compasión, discernimiento, integridad y escrupulosidad.

1.6. VACUNA DE LA COCAÍNA

Se trata de uno de los asuntos que suscita cuestiones éticas en la actualidad tales como:

- La importancia de asegurarse que los pacientes consienten libremente la vacuna, conociendo sus efectos y riesgos.
- Los anticuerpos de la vacuna pueden ser detectados en la sangre del paciente implicando una intromisión en su privacidad e intimidad, y pueden acarrear estigmatización.
- Si se aprueba quién tendrá derecho a la misma, cuánto costará y quién podrá costearla, se plantearán dilemas respecto a los principios de justicia e igualdad.
- Si se emplea la vacuna como una medida más cautelar debería ser rigurosamente estudiada en pacientes voluntarios.

El riesgo principal que puede entrañar la vacuna se basa en que anima a considerarla como un tratamiento rápido y puede conducir a la desatención de otras necesidades del adicto, sobre todo de ámbito social.

1.7. TRASPLANTE DE HÍGADO Y ALCOHOLISMO

Según datos estadísticos se sabe que la enfermedad hepática terminal que necesita trasplante de hígado en adictos al alcohol constituye una cifra significativa, por ello las principales cuestiones éticas que se plantean en este contexto se relacionan con los principios de justicia, igualdad, responsabilidad y autonomía. Algunos autores, hace décadas, argumentaban que era justo dar una baja prioridad a aquellos individuos que desarrollaban una enfermedad hepática por consumo de alcohol respecto a la producida por otros factores diferentes como, por ejemplo, los genéticos.

Glannon también aboga por otorgarles una baja prioridad a la hora de decidir los trasplantes hepáticos, justificándolo a partir de su responsabilidad causal y moral. La enfermedad hepática causada por alcohol la considera como evitable y por ello es justo dar una mayor prioridad a aquellos cuya enfermedad sobreviene por otros factores como, por ejemplo, primarios: atresia biliar y otros. La responsabilidad moral se aplicaría en aquellos casos en que exista una conexión casual establecida entre un comportamiento y una consecuencia del mismo, habiendo conocimiento acerca de tales consecuencias y una escasez del bien en cuestión (en este caso el número de donantes de hígado).



En la misma línea, otros autores argumentan que aunque los alcohólicos no son responsables de su enfermedad, una vez se ha establecido el diagnóstico son responsables de la búsqueda de tratamiento y de prevenir las complicaciones; si en ello fallan no sería justo que tuvieran una baja prioridad respecto del resto.

1.8. CONFIDENCIALIDAD Y ADICCIONES

Los países tienen legislaciones diferentes en cuanto a la confidencialidad, existiendo una íntima relación entre la regulación de la confidencialidad exigida por el sistema legal y por la ética profesional. Los aspectos éticos se pueden clarificar en función de los dos siguientes conceptos:

- Privacidad: entendida como la libertad del individuo de escoger y elegir por sí mismo el momento, circunstancias y especialmente el alcance de la exclusión de otros en lo que concierne a sus actitudes, creencias, conductas y aspiraciones.
- Privilegio: concepto legal que supone el derecho de un individuo a controlar qué información transmitida en un contexto confidencial puede revelarse en un procedimiento judicial o administrativo.

En el caso, por ejemplo, de un paciente con diagnóstico de alcoholismo, es importante asumir que el material de su historia personal pertenece al paciente.

2. ALCOHOLISMO Y OTRAS ADICCIONES: ASPECTOS MÉDICO-LEGALES

2.1. INTRODUCCIÓN

Las drogodependencias tienen una elevada importancia sociológica, criminológica y medicolegal. Desde el punto de vista criminalístico y medicolegal las drogas se consideran factores criminógenos de primer orden, destacando los delitos de alteración del orden público, seguridad del tráfico, lesiones, homicidio, insultos, desacato a la autoridad y contra la libertad sexual.

2.2. CÓDIGO PENAL

2.2.1. Imputabilidad

- Eximente completa de responsabilidad penal.

El artículo (Art.) 20.2 del Código Penal (CP) establece los requisitos para aplicar la eximente completa en caso de intoxicación o síndrome de abstinencia por sustancias:

- La intoxicación debe ser total, es decir, debe anular por completo la conciencia, voluntad e inteligencia del sujeto, de forma que éste sea incapaz de discernir sobre la licitud o ilicitud del hecho cometido.
- La intoxicación debe ser de causas fortuitas, no debe haber sido buscada con el propósito de quedar exento de responsabilidad criminal.
- El síndrome de abstinencia debe ser pleno, que implique la desaparición del entendimiento y de la voluntad como consecuencia de los impulsos de una conducta descontrolada, peligrosa y desproporcionada, nacida de la brusca interrupción del consumo de una sustancia.

- Eximente incompleta de responsabilidad penal.

Esta circunstancia viene recogida en el Art. 21.1 del CP y se aplica en aquellos casos en los que el delito se realiza bajo los efectos de la droga o en síndrome de abstinencia, sin ser éstos lo suficientemente intensos como para aplicar la circunstancia eximente pero sí para limitar la voluntad y la comprensión del sujeto infractor. Cuando el juzgador aplica la eximente incompleta, en el sujeto infractor se pueden imponer las siguientes medidas:

- La pena inferior en uno o dos grados a la señalada por la Ley.
- Medida de internamiento para tratamiento médico, en centro de deshabitación público o privado acreditado.

- Atenuante ordinaria de responsabilidad penal.

El Art. 21.2 del CP señala que es circunstancia atenuante de responsabilidad criminal la de actuar el culpable a causa de su grave adicción a las sustancias. La aplicación de esta atenuante ordinaria no exige que en el momento de producirse la infracción penal el sujeto se encuentre bajo los efectos de una intoxicación plena. Basta con que la causa determinante de

la infracción radique en la grave adicción a tales sustancias, de tal manera que resulten disminuidas las facultades intelectivas y volitivas del sujeto como consecuencia de su dependencia. La apreciación de esta atenuante ordinaria dará lugar, no concurriendo otras circunstancias, a la reducción de la condena impuesta en su mitad inferior.

■ Formas substitutivas de la ejecución de las penas privativas de libertad y medidas de seguridad.

El CP establece la posibilidad de sustituir las penas privativas de libertad por medidas alternativas que, sin duda, favorecen la rehabilitación del drogodependiente. El Art. 102.1 señala que en los supuestos de exención o atenuación de responsabilidad penal por comisión de la infracción en estado de intoxicación plena o síndrome de abstinencia a drogas se les podrá aplicar alguna de las siguientes medidas de seguridad:

- Internamiento en un centro de deshabitación público o privado debidamente acreditado u homologado (como medida de seguridad privativa de libertad).
- Alguna de las medidas de seguridad no privativas de libertad, entre las que cabe destacar la “sumisión a tratamiento externo en centros médicos o establecimientos de carácter socio-sanitario”, la “prohibición de acudir a determinados lugares o visitar establecimientos de bebidas alcohólicas” y el “sometimiento a programas de tipo formativo, cultural, educativo, profesional, de educación sexual y otros similares”.

2.2.2. Delito de conducción bajo los efectos del alcohol u otras drogas

El art. 379 tipifica el delito de conducción bajo los efectos del alcohol u otras drogas. El bien jurídico protegido por este delito es la seguridad en el tránsito rodado en las vías públicas, siendo, por tanto, un delito de riesgo abstracto o genérico, que no precisa para su existencia de un resultado dañoso.

El Art. 383 dispone que cuando con los actos sancionados en los Art. 379 (conducción bajo los efectos

de alcohol o drogas), 381 (conducción temeraria) y 382 (alteración de la seguridad del tráfico mediante la creación de un riesgo externo para la circulación) se ocasionara, además del riesgo prevenido, un resultado lesivo, los jueces y tribunales apreciarán tan sólo la infracción más gravemente penada, condenando en todo caso al resarcimiento de la responsabilidad civil que se haya originado.

2.3. CÓDIGO CIVIL

En el Régimen Civil ya no es aplicable la Ley 30/1981, de 7 de julio, por la que se modificaba la regulación del matrimonio en el Código Civil y se determinaba el procedimiento a seguir en las causas de nulidad, separación y divorcio. En el apartado 4º, el Art. 82 consideraba el alcoholismo y las toxicomanías como causa de separación matrimonial. La Ley 15/2005, de 8 de julio, por la que se modifican el CC y la Ley de Enjuiciamiento Civil (Ley 1/2000, de 7 de enero) en materia de separación y divorcio ha dejado sin efecto el Art. 82 del CC.

2.4. DERECHO LABORAL

2.4.1. La embriaguez habitual o toxicomanía como causa de incumplimiento contractual

El art. 54 del Estatuto de los Trabajadores regula el despido disciplinario por incumplimiento contractual grave y culpable del trabajador y son causas, entre ellas, “la embriaguez habitual o toxicomanía si repercuten negativamente en el trabajo”.

La embriaguez debe ser “habitual”, no siendo suficiente una embriaguez esporádica u ocasional, aunque es doctrina general jurisprudencial no exigir dicho hábito en determinados sectores de actividad en los que la embriaguez suponga un riesgo evidente para la persona o los bienes de la empresa o ajenos, como por ejemplo, en un conductor de un medio de transporte.

2.4.2. La responsabilidad civil del empresario por actos del trabajador

El Art. 1902 del CC establece la responsabilidad civil extracontractual y el art. 1903 señala la obligación de reparar el daño causado por los actos u omisiones de personas de quienes se debe responder (en este caso, el trabajador).



La responsabilidad del empresario queda limitada cuando éste pruebe que empleó “toda la diligencia de un buen padre de familia para prevenir el daño”, es decir, que se haya cumplido una adecuada prevención de riesgos laborales.

2.4.3. La prevención de riesgos laborales en las empresas

La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales prevé y regula, entre otras, la evaluación de riesgos en las empresas y la vigilancia del estado de salud de los trabajadores. En relación con la vigilancia y control de la salud, el Art. 22 de esta ley establece que el empresario garantizará a los trabajadores la vigilancia periódica de su estado de salud y que ésta se realizará en función de los riesgos inherentes al trabajo que desempeñe. La vigilancia de la salud está condicionada a que el trabajador preste su consentimiento (es voluntaria) excepto en algunos supuestos, entre los que se contempla: “verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para los demás trabajadores o para otras personas”. Este supuesto conviene tenerlo en cuenta a la hora de valorar la conveniencia de la adopción de controles toxicológicos o de alcoholemia obligatorios en determinadas empresas y en determinados puestos de trabajo (práctica habitual en empresas de EE.UU. y de algunos países de Europa).

De esta manera, la prevención del consumo de drogas o alcohol en las empresas debe realizarse en el marco general de la prevención de riesgos laborales, insertando en estos planes generales contenidos específicos de prevención del uso o abuso de estas sustancias. Igualmente deben admitirse alternativas de tratamiento y posibilidad de movilidad del trabajador, de manera que se evite siempre la pérdida del puesto de trabajo y el mantenimiento en el seno de la organización empresarial, como una medida más del proceso de recuperación de la persona afectada por un problema adictivo.

2.5. DERECHO ADMINISTRATIVO

En el ámbito del derecho administrativo se dan cuestiones importantes en relación con el alcoholismo y otras dependencias, como las aptitudes psicofísicas requeridas para la obtención o renovación del permiso de conducir o el dopaje en el deporte, aunque se omitirán aquí por limitaciones de espacio.

2.6. INFORME PERICIAL

Como hemos visto, son multitud los casos en los que el uso de alcohol u otras drogas están implicados en nuestro ordenamiento jurídico y en todos ellos el informe médico será esencial para la resolución del caso o la adopción de unas u otras medidas legales.

↑ En los casos en que pudiera ser posible aplicar las circunstancias modificadoras de responsabilidad criminal, corresponde a los peritos forenses (usualmente psiquiatras, psicólogos clínicos y médicos forenses) informar sobre el estado del sujeto en lo referente a sus grados intelectual y volitivo en el momento de la comisión de los hechos que se han de juzgar, y la relación entre el consumo de sustancias y la alteración de esas capacidades.

Procede evaluar la condición del afectado de consumidor agudo o crónico de drogas. El informe pericial en estos casos recogerá la anamnesis y, si es posible, el análisis de orina practicado al sujeto en un tiempo próximo a los hechos, cuando el sujeto pasa a disposición judicial, basado en el tiempo de detección de las drogas en orina.

Hay otros medios de investigación de la sustancia consumida, como las técnicas de determinación en saliva, si bien no están estandarizadas. Actualmente se utiliza la detección de drogas en el cabello, de gran interés para determinar el consumo crónico de drogas de abuso. En estos casos, el resultado positivo, en función de la longitud y crecimiento del cabello, permite establecer el tiempo de consumo de esas sustancias.

Actualmente la mayoría de los autores están de acuerdo en considerar a los consumidores de drogas de abuso como imputables de sus delitos, salvo en circunstancias en que el grado de conciencia o voluntad esté gravemente afectado. No obstante, la actitud general de los jueces a la hora de cuantificar la imputabilidad en distintos grados consiste en contemplar varios determinantes: intensidad del síndrome de abstinencia, clase de droga consumida y dependencia que genera, tiempo de adicción, tipo de conducta delictiva desarrollada y personalidad psicopatológica previa del sujeto. El peritaje de estos sujetos puede incluir escalas heteroaplicadas como el Índice de Severidad de Adicción de McLellan y otros, traducido al español.

RECOMENDACIONES CLAVE

Todo acto médico tiene una dimensión bioética que a su vez se fundamenta antropológica y filosóficamente. La atención a estos fundamentos permitirá al profesional elucidar qué principios éticos deben guiar, y cómo, su intervención específica en el drogodependiente.

La pericia psiquiátrica en drogodependencias exige del médico especialista la mayor competencia profesional y un adecuado conocimiento de los derechos penal, civil, laboral y administrativo. El perito habrá de recordar siempre que el destinatario de su pericia es la Justicia y no un sujeto o cliente determinado.

3. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Bloch S, Chodoff P, Green S (eds.). La ética en psiquiatría. Madrid: Ed. Triacastela. 2001.

Carrasco Gómez JJ, Maza Martín JM. Manual de psiquiatría legal y forense. 3ª ed. Madrid: Ed. La Ley-Actualidad. 2005.

Cuevas Badenes J, Sanchís Fortea M (coord.). Tratado de alcoholología. Valencia: Ed. NILO Industria Gráfica. 2000.

Gisbert Calabuig JA (†), Villanueva Cañadas E. Medicina legal y toxicología. 6ª ed. Barcelona: Ed. Elsevier-Masson. 2004.

Gómez Jara M. Trastornos psiquiátricos y derecho (responsabilidad penal, internamientos, incapacitación, etc.). Barcelona: Ed. Atelier. 2008.

4. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Arroyo Fernández A, García-Sayago F. Valoración médico-legal de las drogas de abuso. Med Clin (Barc). 2006;126:632-6.

Foddy B, Savulescu J. Addiction and autonomy: can addicted people consent to the prescription of their drug of addiction? Bioethics. 2006;20:1-15.

Glannon W. Responsibility and priority in liver transplantation. Camb Q Healthc Ethics. 2009;18:23-35.

Janssens MJ, Van Rooij MF, ten Have HA, Kortmann FA, Van Wijmen FC. Pressure and coercion in the care for the addicted: ethical perspectives. J Med Ethic. 2004;30:453-8.

Levy N. Addiction, autonomy and ego-depletion: a response to Bennett Foddy and Julian Savulescu. Bioethics. 2006;20:16-20.

