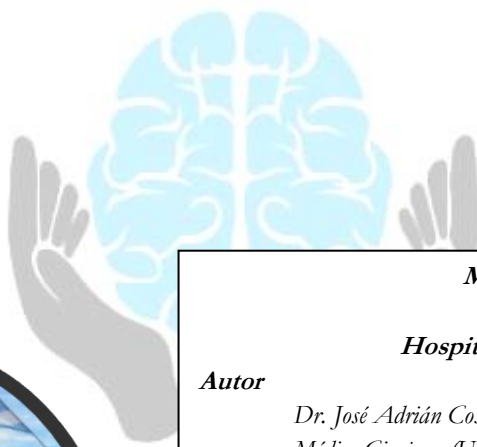




MANUAL DE PSIQUIATRIA
UDH-UBA
HOSPITAL MILITAR CAMPO DE MAYO





Manual de Psiquiatría
UDH – UBA
Hospital Militar Campo de Mayo

Autor

Dr. José Adrián Cosentino MN 138831
Médico Cirujano (UNC) - Médico Especialista en Psiquiatría
Director de la Carrera de Médico Especialista en Psiquiatría de la
Universidad de Buenos Aires (UBA)

Primera Edición

Año 2025

Todos los Derechos Reservados.

La reproducción, distribución o comunicación pública de este manual, en todo o en parte, queda estrictamente prohibida sin la autorización previa y por escrito del titular de los derechos de autor. Su uso no autorizado se considerará una violación de la Ley de Propiedad Intelectual Argentina N° 11.723 y podrá acarrear las sanciones legales correspondientes.

Prólogo

La psiquiatría es una disciplina que ha evolucionado significativamente a lo largo de las últimas décadas, integrando conocimientos de diversas áreas para proporcionar una atención más completa y humanizada a los pacientes. Este manual ha sido creado con el objetivo de ser una herramienta de referencia y estudio para los estudiantes de medicina que cursan psiquiatría, ofreciendo un enfoque actualizado y práctico sobre los diversos trastornos mentales.

Espero que este manual no solo enriquezca sus conocimientos teóricos, sino que también les proporcione las habilidades clínicas necesarias para abordar los casos con sensibilidad y profesionalismo. Que este viaje de aprendizaje les permita comprender mejor la complejidad de la mente humana y les inspire a seguir investigando y mejorando la salud mental de sus futuros pacientes.



INDICE

TEMA		PAGINA
1	Entrevista psiquiátrica.	5
2	Excitación Psicomotriz	7
3	Semiología Psiquiátrica PARTE 1	9
	Semiología Psiquiátrica PARTE 2	11
4	Trastornos de Ansiedad	16
5	Trastorno Depresivo	18
6	Esquizofrenia PARTE 1	20
7	Esquizofrenia PARTE 2	23
8	Trastorno Bipolar	25
9	Tno. por Abuso de Sustancias	27
10	Suicidio	31
11	Psiquiatría de Enlace	34
12	Violencia de Género	35
13	Tno. de la Conducta Alimentaria	36
14	Aspectos Médicos Legales	37
15	Adicciones	40
16	Retraso Madurativo	42
17	Trastornos de la Personalidad	44
18	Ley de Salud Mental. Internación	46
	Demencias	47



TEMA 1

ENTREVISTA PSIQUIATRICA:

Historia Clínica: La historia clínica es un documento elaborado de la relación médico-paciente y otros agentes terapéuticos, con el fin de extraer datos sobre el área y dolencia del paciente. Es útil en investigación, docencia, estadística y administración, y tiene implicancias médico-legales.

1. Momentos Teóricos:

Los momentos teóricos de la entrevista psiquiátrica incluyen la recolección de datos, la selección significativa de los mismos, la interpretación de los datos y la conclusión.

2. Objetivos de la Entrevista Psiquiátrica:

Los objetivos de la entrevista psiquiátrica son dirigir, controlar y obtener la máxima información útil y fidedigna del paciente, lograr la comodidad del enfermo en su relato, establecer una relación emocional entre entrevistador y enfermo, y mantener un contacto cálido sin caer en actitud paternalista.

3. Tipo de Entrevista:

Existen entrevistas abiertas y cerradas. Las abiertas pueden derivar en charlas informales, pérdida de veracidad y subjetividad. Las cerradas no crean un clima idóneo para que el enfermo se exprese, aumentando su ansiedad inicial al convertirse en un mero interrogatorio.

4. Secuencias de la Entrevista Psiquiátrica:

Las secuencias de la entrevista psiquiátrica incluyen un lugar cómodo, inicio con preguntas abiertas, profundización de datos, manejo de resistencias, generación de confianza, recolección de datos personales, alternancia de temas, control de objetividad, consideraciones finales y aspectos finales como compartir preocupaciones y explicar el proceso terapéutico.

5. Al finalizar la entrevista psiquiátrica, se deben considerar los siguientes aspectos:

1. Preguntar si el paciente desea agregar algo más.
2. Responder a todas sus preguntas.
3. Aclarar sus dudas, temores y deseos.
4. Compartir la preocupación por la enfermedad y convencerlo del interés en el proceso terapéutico.



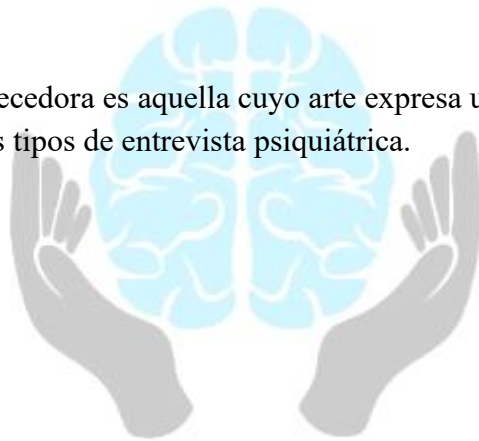
6. Existen dos tipos de entrevistas psiquiátricas:

1. **Abierta:** Riesgo de charla informal, pérdida de veracidad y subjetividad.
2. **Cerrada:** No crea un clima idóneo para que se explye el enfermo, aumentando la ansiedad inicial, ya que se convierte en un mero interrogatorio.

Los familiares y amigos pueden aportar datos valiosos sobre el medio en que vive el paciente, su influencia y los recursos sociofamiliares de los que dispone. Se recomienda pedir autorización al paciente en caso de que sea oportuno.

En resumen, una buena entrevista psiquiátrica es aquella que combina habilidades interpersonales y técnicas para obtener una comprensión completa y precisa del estado mental del paciente, con el objetivo de proporcionar el mejor cuidado posible.

La entrevista más enriquecedora es aquella cuyo arte expresa una combinación adecuada y precisa de los tipos de entrevista psiquiátrica.



G3 SALUD MENTAL

TEMA 2

EXCITACIÓN PSICOMOTRIZ

La excitación psicomotriz es una de las urgencias psiquiátricas más frecuentes, caracterizada por una alteración en la esfera emocional, aumento de la actividad motora y agresividad latente o manifiesta.

Definición: La excitación psicomotora (EPM) es una condición caracterizada por un aumento en la actividad física y mental, acompañado de agitación y nerviosismo. Se puede presentar en diversos trastornos psiquiátricos, como la manía, la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad y algunas intoxicaciones. Los síntomas incluyen movimientos repetitivos, inquietud constante, aumento de la velocidad del habla y dificultad para concentrarse o mantener la calma.

- 1) **Las causas orgánicas de la excitación psicomotriz (EPM)** se lo puede considerar dentro del cuadro confusional agudo Excitado: Delirium, al ser una alteración aguda del estado de conciencia y la atención, puede manifestarse con síntomas de agitación y aumento de la actividad motora, que son características de la EPM, las causas incluyen:
 - a. Toxicas: Intoxicación por sustancias, alcohol y otras drogas. S. de Abstinencia
 - b. Metabólicas: Hipo/Hiperglucemia, Hipo/Hipertiroidismo, Hipo/hipercalcemia
 - c. Oncológicas: Tumores
 - d. Infecciosas: Bacteriana, vírica, parasitaria, micótica
 - e. Traumática: TEC
 - f. Neurológica: Demencias, Epilepsia
 - g. Vasculares: ACV Isq/Hco
- 2) **Las causas No Orgánicas:** de la excitación psicomotora (EPM) pueden incluir:
 - a. Trastornos psicóticos no asociados a delirium: En estos casos, la conciencia no se ve afectada, y los síntomas principales son delirios, alucinaciones o conductas desorganizadas. Los delirios suelen tener contenidos extraños y las alucinaciones son predominantemente auditivas.
 - b. Trastornos afectivos: Los episodios de manía en trastornos bipolares pueden llevar a la excitación psicomotora. Aunque menos comunes, estos episodios pueden ocurrir en otros trastornos afectivos.
 - c. Factores ambientales y exógenos: La agitación puede ser desencadenada por situaciones estresantes, conflictos interpersonales o ambientes caóticos.
 - d. Trastornos de ansiedad: La ansiedad severa y los ataques de pánico pueden manifestarse con síntomas de excitación psicomotora



Las señales de violencia posibles incluyen:

1. Antecedentes de conducta violenta
2. Amenazas verbales y elevación de la voz
3. Sospecha de consumo de sustancias tóxicas
4. Aumento de actividad motora (negarse a tomar asiento, deambular)
5. Apretar la mandíbula
6. Mover los dedos en señal de nerviosismo

Los síntomas y signos de la excitación psicomotriz incluyen:

- 1) Incremento de la actividad motora sin propósito definido
- 2) Alteración en la conciencia con desorientación en tiempo, espacio y persona
- 3) Alucinaciones visuales y auditivas
- 4) Ideación delirante
- 5) Auto/heteroagresividad
- 6) Pobre control de los impulsos
- 7) Irritabilidad
- 8) Actividad verbal y lenguaje no apropiado, sin propósito definido

En el tratamiento de la excitación psicomotriz se pueden utilizar los siguientes tipos de contención:

- ✓ Contención verbal
- ✓ Contención mecánica (sujeción)
- ✓ Contención farmacológica En caso de síndrome confusional, se debe tratar la causa orgánica.


G3 SALUD MENTAL

TEMA 3

SEMILOGIA PARTE 1

Conciencia: La conciencia resulta del funcionamiento armónico de la psique, no es estática y permite el conocimiento de nuestra personalidad y el mundo. Depende del estado de vigilia y la capacidad de atención, memoria y la integridad de la sensorio-percepción. Se divide en zonas: consciente, subconsciente e inconsciente, cada una con diferentes niveles de nitidez y percepción.

- 1) **Psicopatología de la Conciencia:** La lucidez y la vigilia son funciones clave de la conciencia. Las alteraciones pueden ser por exceso, como la hipervigilancia, o por defecto, como la obnubilación, letargia, sopor y coma. También existen alteraciones parciales como los estados crepusculares.
- 2) **Alteraciones de la Conciencia Corporal:** Incluyen anosognosia, estereognosia, prosopagnosia y miembro fantasma, cada una afectando la percepción y reconocimiento del cuerpo o de objetos.

Orientación: La orientación se clasifica en auto psíquica y alopsíquica, y se evalúa mediante preguntas sobre el tiempo, la situación y la enfermedad del paciente.

Atención y Concentración: La atención es la habilidad para focalizar la percepción, y la concentración es mantener esa atención. Se clasifican en activa y pasiva, y se exploran mediante la conducta del paciente y preguntas específicas.

Esfera Volitiva, consideraciones Semiológicas: Comprende el estudio de los actos del individuo, su lenguaje, escritura y todas las manifestaciones de la voluntad para obtener una noción general sobre su conducta. Estas manifestaciones son posibles gracias al pensamiento, la energía psíquica que engendra la acción.

- 1) **Voluntad:** La voluntad es la energía psíquica que se transforma en energía cinética a requerimiento de las necesidades. Es perceptible a la conciencia cuando pasa de estática a cinética y está al servicio de los estados psicológicos intelectuales y afectivos.
- 2) **Psicomotricidad:** La exploración de la psicomotricidad incluye la actividad motora general, expresión facial y habla. Se evalúan expresiones de emociones, influencias sociales y culturales, y características del habla como velocidad y tono. Movimientos voluntarios y movimientos involuntarios: Espontáneos Expresivos y Reactivos
- 3) **Alteraciones Psicomotoras:** Las alteraciones incluyen hiperbulia, hipobulia, abulia, impulsión y compulsión. También se observan estereotipias, manierismos, flexibilidad cérica, ecopraxia, ecomimia, ecolalia, obediencia automática, negativismo, cataplexia, interceptación cinética, iteraciones, verbigeración, fenómeno de la almohada y apraxia.



En la evaluación de la psicomotricidad, se consideran varios aspectos importantes:

1. **Actividad motora general:** Esto incluye la postura, los gestos, la marcha, la dirección de la mirada y las secuencias combinadas de movimientos.
2. **Expresión facial:** Se observan expresiones de alegría, tristeza, sorpresa, rabia, miedo y repugnancia. Estas expresiones pueden estar influenciadas por factores sociales, culturales o de personalidad.
3. **Habla:** Se evalúa la velocidad, el tono, la intensidad y el ritmo al hablar o leer. Por ejemplo, en la depresión, el habla puede ser enlentecida, musitante, con un aumento del número y duración de las pausas.
4. **Actitud motora general:** Se distingue entre la actividad espontánea y la inducida por órdenes o sugestión. Algunos pacientes pueden mostrar una actitud oposicionista o negativista a realizar un movimiento solicitado, pero luego lo realizan espontáneamente.

Lenguaje consideraciones Semiológicas: Conceptos y exploración de semiología, incluyendo el lenguaje y sus trastornos.

- 1) **Trastornos del Lenguaje Oral:** Disartria, dislalia, afasia de Wernicke y Broca, disfemia, y disfonías son trastornos del lenguaje oral causados por factores orgánicos y psicológicos.
- 2) **Alteraciones del Lenguaje Escrito:** Disgrafía, agrafia, y alexia son alteraciones del lenguaje escrito, a menudo asociadas con patologías psiquiátricas como la excitación psicomotriz y la melancolía.
- 3) **Trastornos Psiquiátricos:** Esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos presentan neologismos, condensaciones, y estereotipias en el lenguaje.

Trastornos de la Mímica: La mímica refleja el estado de ánimo y puede presentar hipermimia, hiponimia, amimia, y paramimias, dependiendo del estado emocional y mental del individuo.

La **afasia de Broca** es un tipo de afasia motora o de expresión. Se caracteriza por lesiones a nivel de la circunvolución frontal del cerebro. Las personas con afasia de Broca suelen conservar un vocabulario precario y tienen mucha dificultad para escribir.



TEMA 3
SEMIOLOGIA PARTE 2

Juicio: El juicio es un acto mental que permite llegar a conclusiones mediante la relación y comparación de ideas. Se considera una capacidad intelectual influenciada por el grado de cultura.

Las etapas del juicio son las siguientes:

1. **Etapa de Elaboración:**
 1. Fase 1 Reconoce: se relaciona lo nuevo con lo que ya se conoce y
 2. Fase 2 Identifica: se identifican estos conocimientos entre sí.
 2. **Etapa Crítica:**
 1. Fase 1 Compara: aquí se comparan todos los conocimientos aportados por la conciencia y
 2. Fase 2 Valora: se valoran las ideas analizadas y seleccionadas, lo que permitirá llegar a una conclusión.
- a) **Clasificación del Juicio:** El juicio puede ser normal o patológico, con variantes como insuficiente, debilitado, suspendido y desviado. También existen combinaciones entre juicios patológicos.

Razonamiento: El razonamiento es la actividad psíquica más alta, encadenando juicios. Existen tipos como:

- a) analítico,
- b) inductivo,
- c) deductivo,
- d) analógico,
- e) lógico e
- f) ilógico.

Esfera Afectiva: La afectividad incluye sentimientos, emociones, pasiones y motivaciones. El afecto es la expresión visible de las emociones y sentimientos de una persona, y puede ser evaluado a través de la observación del comportamiento y la comunicación no verbal, como expresiones faciales, tono de voz y gestos. Es un componente esencial del estado emocional y de la personalidad.

El afecto es un componente esencial de la vida emocional humana, y abarca una amplia gama de experiencias y expresiones. Aquí tienes una clasificación de afectos, emociones, sentimientos y pasiones:



- 1) **Emociones:** Las emociones son reacciones breves e intensas a un estímulo específico, que pueden ser tanto internas como externas. Entre las emociones más comunes se encuentran:
 - a) **Amor:** Sentimiento profundo de apego y afecto hacia alguien o algo.
 - b) **Odio:** Sentimiento intenso de aversión y rechazo hacia alguien o algo.
 - c) **Ira:** Emoción de enfado o enojo provocada por una situación percibida como injusta o amenazante.

- 2) **Sentimientos:** Los sentimientos son más duraderos y menos intensos que las emociones, y suelen ser el resultado de la combinación de varias emociones. Pueden ser simples o complejos:
 - a) **Sentimientos simples:** Son estados emocionales básicos y puros, como la alegría, la tristeza o la calma.
 - b) **Sentimientos complejos:** Son estados emocionales más elaborados que resultan de la combinación de emociones y experiencias previas, como la gratitud, la envidia o el remordimiento.

- 3) **Pasiones:** Las pasiones son estados afectivos intensos y duraderos que pueden dominar y guiar el comportamiento de una persona. Entre las pasiones más comunes se encuentran:
 - a) **Amor apasionado:** Forma intensa de amor que puede llevar a una persona a actuar de manera impulsiva.
 - b) **Odio intenso:** Forma extrema de odio que puede conducir a la violencia o la venganza.
 - c) **Ira descontrolada:** Emoción de enojo llevada a un nivel extremo que puede resultar en agresión o destrucción.

Estas categorías reflejan la riqueza y diversidad del mundo afectivo humano, y cómo nuestras emociones, sentimientos y pasiones pueden influir en nuestro comportamiento y nuestras relaciones.

La categorización del afecto incluye varios tipos, entre los cuales se encuentran:

1. **Afecto congruente:** Las expresiones emocionales son adecuadas y coherentes con la situación y el contexto.
2. **Afecto incongruente:** Las expresiones emocionales no se corresponden con la situación o el contenido de la comunicación verbal.
3. **Afecto restringido:** La persona muestra una gama limitada de expresiones emocionales.
4. **Afecto plano:** Las expresiones emocionales son prácticamente inexistentes; el rostro y el tono de voz son monótonos.



5. **Afecto lábil:** Las emociones y expresiones cambian rápidamente y de manera inapropiada.
6. **Afecto inapropiado:** Las expresiones emocionales son inadecuadas para la situación o el contexto.

Diferencias Semiológicas ANSIEDAD Y ANGUSTIA: Ansiedad se refiere al futuro con incertidumbre y peligro como posibilidad, mientras que la angustia se refiere al pasado con certeza y peligro como realidad. La ansiedad se manifiesta con taquipsiquia y excitación, mientras que la angustia con bradipsiquia y ensimismamiento.

- a) **Ansiedad:** Se caracteriza por ansias, anhelo y deseo, y se refiere al futuro. Está marcada por la incertidumbre y el peligro es percibido como una posibilidad. La emoción asociada es el miedo.
- b) **Angustia:** Se describe como una sensación de opresión (ángor) y se refiere al pasado. Hay certeza y el peligro es una realidad. La emoción asociada es la tristeza.

Exploración clínica y síntomas: La exploración clínica incluye factores desencadenantes, sintomatología somática, trastornos del sueño y alimentación. Los síntomas abarcan alegría patológica, moria, tristeza normal, anhedonia, clinofilia, apatía, paratimia, ambivalencia afectiva, alexitimia, disforia y catatimia.

Temperamento y carácter: El temperamento es la capa instintivo-afectiva de la personalidad, más biológica, mientras que el carácter es la capa intelectivo-volitiva, más libre. Clasificaciones incluyen temperamentos hipocráticos (sanguíneos, melancólicos, coléricos, flemáticos) y de Kretschmer (ciclotímico, esquizotímico, enequético).

Pensamiento: El pensamiento es el producto del pensar, permite elaborar conceptos y juicios. Trastornos regresivos incluyen pensamiento mágico-arcaico y pensamiento fantástico. El pensamiento mágico se basa en lo irracional y regresivo, mientras que el pensamiento fantástico se centra en la fantasía y la realización de deseos inconscientes.

La pseudología fantástica, es un híbrido de mentira y autoengaño. Este término fue descrito por Delbrück en 1891. Se refiere a una forma de pensamiento en la que la persona mezcla la fantasía con la realidad, creando historias que no son verdaderas pero que pueden ser creídas tanto por la persona que las cuenta como por quienes las escuchan

- a) **Alteraciones en el curso del pensamiento:** Las alteraciones incluyen fuga de ideas, pensamiento inhibido, bloqueado, disgregado, incoherente, rigidez, perseveración y prolijo. El pensamiento inhibido se caracteriza por lentificación y disminución de representaciones, típico en la depresión. La disgregación implica pérdida de la idea directriz y ruptura de asociaciones normales, siempre ligada a la esquizofrenia. La incoherencia se define por la



falta de conexión lógica entre palabras y total incomprendibilidad del discurso.

- b) **Diferencia entre estereotipia y perseveración:** La perseveración del pensamiento es la repetición automática de ideas o palabras en el curso del pensamiento, observada en personas normales y en varios estados patológicos. La estereotipia del pensamiento es la repetición continuada de palabras o frases sin relación con el tema, no interfiriendo ni desviando el pensamiento.
- c) **Ideación y psicopatología de las ideas:** La ideación es el mecanismo mediante el cual se aportan ideas a la conciencia para elaborar el pensamiento. Las alteraciones cuantitativas incluyen ideas retardadas y aceleradas. El capital ideativo abarca ideas concretas y abstractas. Las ideas patológicas, como obsesivas, sobrevaloradas y delirantes, están vigorizadas por una sobrecarga emocional que perturba la psique.

Clasificación de las ideas delirantes: Las ideas delirantes se clasifican por su significado en verosímiles e inverosímiles, y por su humor en placenteras y displacenteras. Las placenteras incluyen megalómanas y místicas, mientras que las displacenteras abarcan hipocondríacas y persecutorias. Las ideas deliroide están movilizadas por el afecto, mientras que las ideas deliriosas por un estado confuso.

Las ideas obsesivas son pensamientos que surgen del inconsciente y tienen su origen en el núcleo instintivo-afectivo de la personalidad. Estas ideas no son aceptadas por el juicio, que ordena a la voluntad erradicarlas de la conciencia. Sin embargo, esta erradicación falla, lo que lleva a una compulsión¹.

Concepciones Históricas del delirio: E.Kraepelin define el delirio como un error patológico que resiste a la argumentación. Bleuler lo ve como una representación inexacta de origen afectivo. Jaspers distingue entre delirio primario y secundario. Schneider habla de percepción y ocurrencia delirante. Binswanger lo describe como un cambio en la forma de estar en el mundo. Alonso-Fernandez lo considera una creencia autoreferencial anómala.

- d) **Estudio del Delirio:** El delirio puede ser agudo o crónico, bien o mal sistematizado, y polimorfo. Los mecanismos incluyen interpretativo, imaginativo, ilusorio, intuitivo, alucinatorio, sugestivo y onírico. Las ideas pueden ser placenteras o displacenteras, verosímiles o absurdas. La personalidad puede estar muy o poco afectada, y el inicio puede ser antes o después de los 25 años.
- e) **Mecanismos del Delirio:** El mecanismo interpretativo suele ser autoreferencial. Mecanismo alucinatorio de la alteración sensorio-perceptiva. El mecanismo onírico producto del contenido inconsciente. El mecanismo sugestivo implica elaboración confabulatoria por simple sugerencia. El mecanismo intuitivo se basa en intuiciones aceptadas como verdades sin reservas. El mecanismo Imaginativo a expensas de la actividad creadora. El



mecanismo ilusorio contribuye a la progresión del delirio, aunque es poco frecuente y suele ser accesorio.

Asociación de Ideas: La asociación de ideas es el mecanismo psíquico que relaciona y encadena ideas, siguiendo leyes de semejanza, contraste, contigüidad temporal y espacial. Las alteraciones del ritmo pueden ser aceleradas, retardadas o normales.

Imaginación y Trastornos: La imaginación se define como pensar en imágenes y se clasifica en reproductora y creadora. Los trastornos cuantitativos incluyen delirio y RM, mientras que los cualitativos abarcan mentira, fabulaciones y pseudología fantástica. Las alucinaciones, alucinosis e ilusiones son percepciones de objetos irreales o deformados.

Sensopercepción: La sensopercepción es el proceso mediante el cual capturamos estímulos de nuestro entorno a través de los sentidos para que puedan ser procesados e interpretados por el cerebro. Este proceso nos permite interactuar con el mundo que nos rodea y generar una experiencia perceptiva consciente.

La sensopercepción consta de dos partes principales: la sensación y la percepción. La sensación es un proceso neurofisiológico que implica la recepción de información a través de los receptores sensoriales distribuidos por el organismo. La percepción, por su parte, es el proceso mediante el cual el cerebro codifica, interpreta y da sentido a los datos sensoriales

Las alteraciones cualitativas de la sensopercepción se refieren a cambios en la forma en que percibimos los estímulos sensoriales, sin que haya una alteración en la intensidad de la percepción. Estas alteraciones pueden incluir:

1. **Ilusiones:** Percepciones deformadas de estímulos reales. Pueden ser influenciadas por factores emocionales, atención o monotonía. Las ilusiones pueden ser:
 - **Afectivas o catatímicas:** Causadas por una carga emocional.
 - **Por inatención:** Interpretación errónea de estímulos debido a la falta de atención.
 - **Autoprovocadas:** Generadas voluntariamente por la monotonía.
2. **Alucinaciones:** Percepciones que ocurren en ausencia de estímulos reales. Pueden ser visuales, auditivas, táctiles, olfativas o gustativas. Las alucinaciones tienen características como:



TEMA 4

TRASTORNO DE ANSIEDAD

El trastorno de ansiedad es una condición mental caracterizada por una preocupación y miedo excesivos y persistentes que pueden interferir con la vida diaria. Este trastorno incluye una variedad de condiciones, cada una con sus propios síntomas específicos, pero todas comparten el rasgo común de una ansiedad desproporcionada en relación con la situación real, la conducta evitativa y activación de síntomas autonómicos.

Trastornos de Ansiedad según DSM: El DSM IV incluye trastorno de pánico, ansiedad generalizada, ansiedad debido a enfermedad médica, ansiedad inducida por sustancias/medicamentos, ansiedad no especificada, fobia específica, ansiedad social, trastorno obsesivo-compulsivo, estrés postraumático y estrés agudo. El DSM V considera entidades separadas el trastorno obsesivo-compulsivo, el estrés postraumático y el estrés agudo, agrega la agorafobia como diagnóstico independiente y agrupa otros trastornos de ansiedad.

- 1) **Crisis de Angustia y Trastorno de Pánico:** La crisis de angustia es una aparición aislada y temporal de miedo intenso con síntomas somáticos o cognoscitivos, duración de 10 minutos o menos, y sensación de peligro inminente. El trastorno de pánico se caracteriza por crisis de ansiedad recidivantes e inesperadas, seguidas de preocupaciones persistentes por nuevas crisis durante al menos un mes.
- 2) **Trastorno Obsesivo-Compulsivo:** El trastorno obsesivo-compulsivo incluye obsesiones o compulsiones recurrentes que provocan deterioro significativo. Las obsesiones son ideas persistentes egodistónicas que causan ansiedad, mientras que las compulsiones son comportamientos repetitivos para reducir la ansiedad. La comorbilidad incluye trastorno depresivo mayor y otros trastornos de ansiedad. La prevalencia global es del 2.5%.
- 3) **Trastorno por Estrés Postraumático:** El trastorno por estrés postraumático se diagnostica por exposición a eventos traumáticos, reexperimentación persistente, evitación de estímulos asociados, embotamiento emocional y síntomas de activación. La clasificación incluye agudo, crónico e inicio demorado. La comorbilidad incluye trastorno depresivo mayor y trastorno relacionado con sustancias. La prevalencia global es del 1 al 14%.
- 4) **Trastorno de Ansiedad Generalizada:** El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por ansiedad y preocupación excesivas durante más de 6 meses, acompañadas de síntomas como inquietud, fatiga, dificultades para concentrarse,



irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño. La prevalencia global es del 5%.

- 5) **Fobias Específicas:** Miedo intenso e irracional hacia un objeto o situación específicos, como alturas, animales o volar.
- 6) **Trastorno de Ansiedad Social:** Miedo intenso a situaciones sociales o de desempeño, donde la persona teme ser juzgada negativamente por otros.
- 7) **Trastorno Adaptivo o de Ansiedad por Separación:** Ansiedad excesiva en relación con la separación de los seres queridos.

Abordaje terapéutico:

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL (TCC)	MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS
<p>Identificación de Patrones La TCC ayuda a los pacientes a identificar patrones de pensamiento negativos que alimentan la ansiedad, permitiendo una comprensión más clara de sus emociones.</p> <p>Modificación de Conductas La terapia se centra en modificar comportamientos disfuncionales que contribuyen a la ansiedad, fomentando acciones más saludables y efectivas.</p> <p>Herramientas Prácticas La TCC ofrece herramientas prácticas y ejercicios que los pacientes pueden utilizar en su vida diaria para manejar la ansiedad de manera efectiva.</p>	<p>Uso de Antidepresivos Los antidepresivos son utilizados para tratar síntomas de depresión y ansiedad, ayudando a mejorar el estado de ánimo y la calidad de vida.</p> <p>Ansiolíticos para la Ansiedad Los ansiolíticos son medicamentos que ayudan a aliviar la ansiedad proporcionando un efecto tranquilizante para el manejo de los síntomas.</p> <p>Evaluación Profesional La evaluación por parte de un profesional de salud mental es crucial para determinar la necesidad y adecuación de la medicación según el paciente.</p> 


G3 SALUD MENTAL

TEMA 5

TRASTORNO DEPRESIVO

Conceptos y definiciones de la depresión: La depresión se define como la pérdida de emociones excitadoras, voluntad e impulso, con fallas en la esfera práctica de la mente. Incluye inhibición de la vida psíquica, tristeza vital, angustia, desesperación y desesperanza. La tristeza vital no está ligada a los avatares de la vida, mientras que la tristeza motivada sí lo está.

- **Modelos de depresión:** Existen dos modelos vitales de depresión: el unidimensional (tristeza vital vs tristeza motivada) y el tetradimensional (estado de ánimo depresivo, anergia, discomunicación y ritmopatía). Estos modelos ayudan a diferenciar entre depresión endógena y reactiva.
- **Clasificaciones y enfermedades relacionadas:** La depresión se clasifica en endógena, psicosocial y somatógena. Enfermedades médicas relacionadas incluyen endocrinopatías, infecciones, reumatológicas, neoplasias y neurológicas. Trastornos incapacitantes e intoxicaciones también pueden causar depresión.
- **Diagnóstico y estudios complementarios:** El diagnóstico diferencial entre depresión y apatía es crucial (síntoma negativo de la esquizofrenia). Se deben considerar antecedentes familiares y personales, personalidad y desencadenantes. Estudios complementarios incluyen pruebas de sangre y test como el Inventario de Beck y el Test de Hamilton.
- **Tratamiento de la depresión:** El tratamiento incluye psicofármacos como IRSS y BDZ, adyuvancia con litio y otros estabilizadores. TEC (terapia electroconvulsiva) para depresión refractaria. La elección farmacológica debe considerar el perfil y efectos adversos. La psicoterapia: TCC y psicodinámica.

Los síntomas principales de la depresión incluyen:

1. **Alteraciones del humor:** Humor depresivo y tristeza patológica¹.
2. **Alteraciones de los sentimientos vitales y sensoriales:** Anhedonia (incapacidad para sentir placer), astenia (falta de energía) y quejas somáticas.
3. **Alteraciones del pensamiento:** Ideas de culpa, de muerte, de minusvalía, de insuficiencia, de condenación, hipocondríacas, de desesperanza y desesperación¹.
4. **Alteraciones vegetativas:** Problemas con el sueño, apetito y libido.

Estos síntomas pueden variar en intensidad y duración, afectando significativamente la vida diaria de la persona que los padece.

El diagnóstico de la depresión se realiza a través de una combinación de evaluaciones clínicas y estudios complementarios. Aquí hay algunos pasos clave en el proceso de diagnóstico:



1. **Antecedentes familiares y personales:** Se evalúan los antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo, así como los episodios depresivos previos del paciente.
2. **Evaluación de la personalidad y desencadenantes:** Se analiza la personalidad del paciente y la presencia de factores desencadenantes, como eventos estresantes o traumáticos.
3. **Diagnóstico diferencial:** Se diferencia la depresión de otros trastornos, como la apatía, mediante la evaluación de síntomas específicos.
4. **Estudios complementarios:** Se pueden realizar pruebas de laboratorio y neuroimágenes para descartar otras condiciones médicas que puedan estar contribuyendo a los síntomas depresivos.
5. **Evaluación mediante test:** Se utilizan herramientas de evaluación como el Inventario de Beck, el Test de Hamilton y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) para medir la gravedad de los síntomas⁴.
6. **Criterios del DSM-V:** Se aplican los criterios diagnósticos del DSM-V para identificar el tipo específico de trastorno depresivo, como el Trastorno Depresivo Mayor o el Trastorno Depresivo Persistente.

Las causas de la depresión pueden ser variadas y complejas. En la presentación se mencionan diferentes factores que pueden contribuir al desarrollo de la depresión:

1. **Depresión Endógena:** De causa fundamental biológica, constitucional-hereditaria¹.
2. **Depresiones Psicosociales:** Reactivas (causas ambientales desencadenantes) y Neuróticas o caracteropáticas (trastornos de la personalidad)¹.
3. **Depresiones Somatógenas:** Secundarias a causas físicas objetivables y específicas.

Además, se mencionan enfermedades médicas relacionadas con la depresión, como endocrinopatías, infecciones, enfermedades reumatológicas, neoplasias y enfermedades neurológicas. También se consideran las intoxicaciones por medicamentos, plomo, mercurio, monóxido de carbono, entre otros.

Estas causas pueden interactuar entre sí y variar de una persona a otra, lo que hace que el diagnóstico y tratamiento de la depresión sea un proceso complejo y personalizado.



TEMA 6

ESQUIZOFRENIAS PARTE I

Denominaciones de la Esquizofrenia: La esquizofrenia ha sido denominada de varias maneras por diferentes autores: Ataxia Intraprésica (Stransky), La locura discordante (Chaslin), La disarmonía intraprésica (Urstein), Demencia Praecox (Morel), La pérdida de la unidad interior (Kraepelin), La Esquizofrenia (Bleuler), y La pérdida del contacto vital con la realidad (Minkowsky).

1. **Eugen Bleuler (1911):** Bleuler fue quien acuñó el término "esquizofrenia". Definió el trastorno como una fragmentación de los procesos mentales, destacando cuatro síntomas principales, conocidos como las "4 A":
 - **Asociaciones débiles:** Pensamiento desorganizado y dificultad para conectar ideas.
 - **Afecto inapropiado:** Emociones que no concuerdan con la situación o con lo que se expresa verbalmente.
 - **Autismo:** Retiro de la realidad y creación de un mundo interno propio.
 - **Ambivalencia:** Sentimientos y actitudes contradictorias hacia una misma situación o persona.
2. **Emil Kraepelin (1896):** Kraepelin, un contemporáneo de Bleuler, utilizó el término "demencia precoz" (dementia praecox) para describir lo que hoy conocemos como esquizofrenia. Él veía la esquizofrenia como una enfermedad degenerativa del cerebro que comenzaba en la juventud y conducía a un deterioro progresivo de la función mental.

Estas definiciones clásicas han sido fundamentales en la comprensión y el estudio de la esquizofrenia. Aunque la terminología y el enfoque han evolucionado, los conceptos introducidos por estos pioneros siguen siendo relevantes.

DEFINICION ACTUAL DE LAS ESQUIZOFRENIAS

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a la forma en que una persona percibe la realidad y se comporta. Se caracteriza por la presencia de síntomas como delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado y comportamiento anormal. Las personas con esquizofrenia pueden experimentar una distorsión severa del pensamiento y una pérdida de contacto con la realidad.

Los síntomas de la esquizofrenia se dividen en dos categorías principales: positivos y negativos. Los síntomas positivos incluyen alucinaciones y delirios, mientras que los síntomas negativos se refieren a la disminución de la capacidad para experimentar placer, la falta de motivación y el retraimiento social.

La esquizofrenia afecta aproximadamente al 1% de la población mundial y suele manifestarse en la adolescencia tardía o en la adultez temprana. Aunque es un trastorno



crónico, existen tratamientos eficaces que pueden ayudar a las personas a manejar sus síntomas y llevar una vida plena

- **Síntomas Fundamentales y Accesorios:** Los síntomas fundamentales incluyen perturbación vida psíquica y sus síntomas negativos: Abulia, Apatía, Afasia y Aplanamiento Afectivo. Los síntomas accesorios son los positivos y son inespecíficos e incluyen ideas delirantes, alucinaciones, alteraciones del lenguaje, síntomas somáticos y catatónicos.
- **Hipótesis y Nosologías Actuales:** Las hipótesis actuales sobre la esquizofrenia incluyen la hipótesis dopaminérgica, la hipótesis de Crow, sugiere que la esquizofrenia es el resultado de una alteración en las conexiones interhemisféricas del cerebro, específicamente en los circuitos relacionados con el lenguaje. Según esta teoría, la esquizofrenia sería el precio que pagamos por la aparición del lenguaje en la evolución de la especie humana. En otras palabras, la esquizofrenia sería una enfermedad exclusivamente humana, vinculada a la evolución del lenguaje. Crow plantea que la esquizofrenia tiene dos componentes principales:
 - a. Un factor de inestabilidad emocional que afecta al sistema límbico y sus conexiones corticales, responsable de los síntomas afectivos de la psicosis.
 - b. Un factor específico relacionado con una alteración en la conectividad interhemisférica de los circuitos responsables del lenguaje, responsable de los síntomas relacionados con el lenguaje, como alucinaciones y trastornos del pensamiento.

Esta hipótesis ha sido objeto de debate y estudio en el campo de la psiquiatría y la psicología evolucionista nosologías actuales, bases genéticas y la hipótesis del neurodesarrollo.

Las cuatro etapas de la esquizofrenia según Conrad son:

1. **Trema:** Es un estado de tensión en el que la persona siente que algo está ocurriendo, pero no sabe exactamente qué es. Se caracteriza por angustia y humor delirante, y puede presentar cuadros pseudodepresivos o pseudomaníacos.
2. **Apofanía:** En esta etapa, la persona experimenta una anormal conciencia de significación, donde surge el carácter de revelación del mundo exterior y la percepción delirante. También puede haber difusión del pensamiento y sonorización, así como cenestopatías.
3. **Apocalipsis:** Esta etapa se manifiesta en forma catatónica, donde la persona se siente como una marioneta y puede llegar a la muerte en casos de catatonía letal.



4. **Consolidación:** En esta última etapa, la persona nunca vuelve a ser la misma. No se siente el centro del mundo, sino una pequeña parte del mismo, y se encuentra en un estado residual y defectual con una personalidad dañada.

Según la clasificación de Leonard, la esquizofrenia se divide en dos grandes categorías: **formas asistemáticas** y **formas sistemáticas**.

FORMAS ASISTEMÁTICAS	FORMAS SISTEMÁTICAS
Catatonía periódica	Catatonías
Parafrenia afectiva	Hebefrenias
Catafasia	Paranoides

Las características de las formas asistemáticas son:

- a) Varios sistemas funcionales alterados
- b) Polimorfismo sintomático
- c) Cierta periodicidad
- d) Poco defecto
- e) Alta carga familiar

Las características de las formas sistemáticas son:

- a) Sistema alterado
- b) Uniformidad sintomatológica
- c) Mayor defecto
- d) Baja carga familiar

G3 SALUD MENTAL



TEMA 7
ESQUIZOFRENIA PARTE 2

Introducción a la Esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno mental complejo y crónico que afecta la forma en que una persona piensa, siente y se comporta. Las personas con esquizofrenia pueden parecer que han perdido el contacto con la realidad, lo que puede ser angustiante tanto para ellos como para sus familiares y amigos. La causa exacta de la esquizofrenia no se conoce, pero se han propuesto múltiples teorías, incluyendo:

1. **Teoría dopaminérgica:** Sugiere que la esquizofrenia puede estar relacionada con un desequilibrio en los niveles de dopamina en el cerebro.
2. **Teoría genética:** Indica que la esquizofrenia puede tener un componente hereditario, ya que tiende a presentarse en familias.
3. **Teoría del neurodesarrollo:** Propone que la esquizofrenia puede resultar de anomalías en el desarrollo cerebral que ocurren antes del nacimiento o durante la infancia.

Factores de Riesgo y Protección

Factores de riesgo:

- a) Ser hombre.
- b) Edad joven (inicio típico en la adolescencia o adultez temprana).
- c) Mal ajuste premórbido (problemas de comportamiento y adaptación antes de la aparición de la enfermedad).
- d) Abuso de drogas (particularmente cannabis y anfetaminas).
- e) Nivel socioeconómico bajo (asociado con el estrés y la falta de recursos).

Factores de protección:

- a) Antecedentes familiares de psicosis afectivas (trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos).
- b) Buen apoyo social (amigos y familiares que brindan apoyo emocional y práctico).
- c) Buen nivel de inteligencia (puede ayudar a desarrollar estrategias de afrontamiento más efectivas).

Desarrollo y Evolución de la Esquizofrenia

La esquizofrenia generalmente comienza en la adolescencia o la adultez temprana y puede evolucionar a través de varias etapas:

- 1) **Síntomas prodrómicos:** Signos tempranos que preceden al primer episodio psicótico, como cambios en el comportamiento, aislamiento social, problemas de concentración y disminución del rendimiento académico o laboral. La duración media de estos prodromos es de aproximadamente 2 años.



- 2) **Primer episodio psicótico:** Aparición de síntomas psicóticos agudos, como alucinaciones, delirios y trastornos del pensamiento.
- 3) **Evolución crónica:** La enfermedad puede seguir un curso fluctuante con episodios agudos y periodos de remisión parcial. En algunos casos, puede llevar a formas residuales (síntomas menos intensos pero persistentes) o demenciales (deterioro cognitivo significativo).

Tratamiento de la Esquizofrenia

El tratamiento de la esquizofrenia ha evolucionado significativamente a lo largo del tiempo:

- **Hipótesis de la cura de insulina:** En el pasado, se utilizaba la terapia de choque con insulina, que inducía estados de coma para tratar la esquizofrenia.
- **Antipsicóticos típicos:** Medicamentos como la clorpromazina y el haloperidol, que ayudan a reducir los síntomas psicóticos.
- **Antipsicóticos atípicos:** Medicamentos más modernos, como la clozapina, risperidona y olanzapina, que tienen menos efectos secundarios y son más efectivos para tratar los síntomas negativos (apatía, retraimiento social) y cognitivos.

Los objetivos del tratamiento incluyen:

- 1) Reducir la frecuencia y severidad de los episodios agudos.
- 2) Mejorar el funcionamiento psicosocial (habilidades sociales, adaptación laboral).
- 3) Optimizar la calidad de vida del paciente.

Investigaciones y Referencias

La esquizofrenia ha sido objeto de estudio por numerosos investigadores y teóricos.

Algunos de los más importantes son:

- Emil Kraepelin: Describió por primera vez la esquizofrenia como una entidad clínica separada, llamándola "demencia precoz".
- Eugen Bleuler: Introdujo el término "esquizofrenia" y destacó la importancia de los síntomas negativos.
- Eugen Minkowski: Investigó la esquizofrenia desde una perspectiva fenomenológica, enfocándose en la experiencia subjetiva del paciente.

Los manuales diagnósticos, como el DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) y el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), proporcionan criterios diagnósticos y guías para el tratamiento de la esquizofrenia.



TEMA 8

TRASTORNO BIPOLAR

Introducción al Trastorno Bipolar: El trastorno bipolar es un trastorno mental caracterizado por cambios extremos en el estado de ánimo, la energía, la actividad y la capacidad para llevar a cabo las tareas diarias. Estos cambios van desde episodios de manía (o hipomanía, en casos menos severos) hasta episodios de depresión. Descripción actual del trastorno bipolar:

1. **Episodios maníacos:** Durante estos episodios, las personas pueden sentirse extremadamente eufóricas, llenas de energía, hiperactivas y con una autoestima excesivamente alta. También pueden tener pensamientos acelerados, hablar mucho, dormir poco y tomar decisiones imprudentes.
2. **Episodios depresivos:** En contraste, los episodios depresivos se caracterizan por sentimientos de tristeza profunda, desesperanza, fatiga, pérdida de interés en actividades placenteras, cambios en el apetito y el sueño, y en algunos casos, pensamientos suicidas.
3. **Ciclos rápidos:** En algunos casos, las personas con trastorno bipolar pueden experimentar cambios rápidos entre manía y depresión, a veces incluso en el mismo día.

Existen dos tipos principales de trastorno bipolar:

- **Trastorno bipolar I:** Caracterizado por episodios maníacos que duran al menos siete días o por episodios maníacos graves que requieren hospitalización inmediata. También puede incluir episodios depresivos, que suelen durar al menos dos semanas.
- **Trastorno bipolar II:** Se define por un patrón de episodios depresivos y episodios hipomaníacos (una forma menos severa de manía) pero no episodios maníacos completos.

Contribuciones Históricas

El trastorno bipolar ha sido reconocido desde la antigüedad. Filósofos y médicos de la antigua Grecia y Roma, como Hipócrates y Areteo de Capadocia, ya describieron síntomas que hoy asociamos con el trastorno bipolar. Hipócrates, por ejemplo, describió casos de melancolía y manía, que consideraba como enfermedades distintas pero relacionadas con un desequilibrio de los humores del cuerpo. Areteo de Capadocia fue uno de los primeros en sugerir que la melancolía y la manía podían ser manifestaciones de la misma enfermedad¹. Durante la Edad Media, la perspectiva sobre el trastorno



bipolar se mantuvo influenciada por las teorías de los humores y la religión, con interpretaciones que a menudo vinculaban los síntomas a causas sobrenaturales.

Desarrollo del Concepto en el Siglo XIX

En el siglo XIX, el concepto de locura maníaco-depresiva comenzó a evolucionar hacia lo que hoy conocemos como trastorno bipolar. La escuela francesa de psiquiatría, con figuras como Jean-Pierre Falret y Jules Baillarger, describió la "locura circular" y la "locura de doble forma", respectivamente, reconociendo la alternancia entre episodios maníacos y depresivos. En Alemania, Emil Kraepelin fue fundamental en la clasificación de las enfermedades mentales, diferenciando la psicosis maníaco-depresiva de la esquizofrenia y estableciendo las bases para el diagnóstico moderno del trastorno bipolar.

Clasificación y Diagnóstico

La clasificación y diagnóstico del trastorno bipolar han sido estandarizados por manuales como el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) y el CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades). El DSM-5, por ejemplo, distingue entre Trastorno Bipolar I (caracterizado por episodios maníacos completos) y Trastorno Bipolar II (caracterizado por episodios hipomaníacos y depresivos mayores). La CIE-11 también incluye estas clasificaciones y proporciona criterios específicos para el diagnóstico. La distinción entre psicosis maníaco-depresiva y esquizofrenia, establecida por Kraepelin, sigue siendo fundamental en la psiquiatría moderna.

Investigaciones y Tratamientos Contemporáneos

Las investigaciones actuales sobre el trastorno bipolar se centran en su etiología, incluyendo factores genéticos y ambientales. Un estudio reciente identificó 298 regiones genómicas asociadas con el trastorno bipolar, lo que representa un avance significativo en la comprensión de su base genética. Además, se están desarrollando nuevos tratamientos y enfoques terapéuticos, como la medicina de precisión, que busca personalizar el tratamiento según las características genéticas de cada paciente. Los tratamientos contemporáneos incluyen antipsicóticos, estabilizadores del ánimo y terapias psicológicas, con el objetivo de reducir la frecuencia y severidad de los episodios y mejorar la calidad de vida de los pacientes.



TEMA 9

TRASTORNO POR ABUSO DE SUSTANCIAS

Trastorno por abuso de sustancias, también conocido como trastorno por uso de sustancias, es una condición en la cual una persona consume repetidamente una sustancia (como alcohol, drogas ilegales, medicamentos recetados, etc.) de manera que afecta negativamente su salud, bienestar y funcionamiento en la vida diaria. Este trastorno puede llevar a una variedad de problemas físicos, psicológicos y sociales.

Características principales del trastorno por abuso de sustancias:

1. **Consumo excesivo:** Uso repetido de la sustancia en cantidades mayores o durante más tiempo del planeado.
2. **Deseo persistente de usar la sustancia:** Fuerte necesidad o urgencia de consumir la sustancia, conocida como **craving**.
3. **Pérdida de control:** Incapacidad para reducir o controlar el uso de la sustancia a pesar de los intentos por hacerlo.
4. **Impacto negativo en la vida diaria:** La sustancia interfiere con el trabajo, la escuela, las responsabilidades familiares y sociales.
5. **Problemas de salud:** Problemas médicos y psicológicos derivados del consumo excesivo, como enfermedades físicas, depresión y ansiedad.
6. **Tolerancia y dependencia:** Necesidad de consumir mayores cantidades de la sustancia para lograr los mismos efectos (tolerancia) y síntomas de abstinencia al dejar de consumirla (dependencia).

Ejemplos de sustancias comunes:

- Alcohol: Consumo excesivo y dependencia del alcohol.
- Drogas ilegales: Cocaína, heroína, metanfetaminas, etc.
- Medicamentos recetados: Opioides, benzodiazepinas, estimulantes, etc.
- Nicotina: Consumo excesivo de tabaco.

El tratamiento del trastorno por abuso de sustancias puede incluir terapia, medicamentos, apoyo social y **programas de rehabilitación**.

Clasificación de drogas: Las drogas se clasifican en legales (alcohol y tabaco), ilegales (marihuana, cocaína, heroína, metanfetaminas) y de uso médico. Las drogas legales son permitidas por la ley, mientras que las ilegales violan las leyes y su consumo puede ser sancionado. Las drogas de uso médico requieren receta y pueden ser peligrosas si se usan sin prescripción.

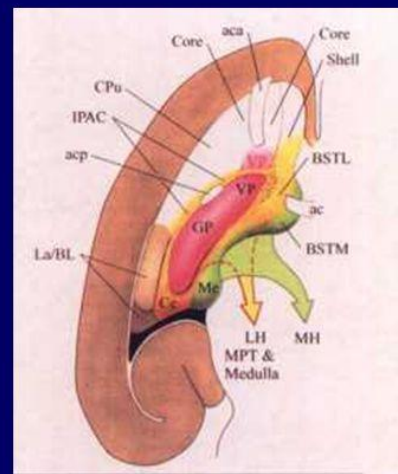


Sistema de recompensa: El sistema límbico está relacionado con el placer y la adicción. La dopamina juega un papel clave en la activación del sistema de recompensa. La repetición de estímulos puede desregular los circuitos de recompensa, generando tolerancia. La anticipación de una recompensa aumenta la activación cerebral.

CIRCUITO de RECOMPENSA

REFORZADORES NATURALES

- ❖ Comida
- ❖ Agua
- ❖ Actividad sexual
- ❖ Actividad física
- ❖ Logros
- ❖ Reconocimiento del Otro



Una vez satisfecho el deseo o necesidad de consumo de las recompensas naturales, disminuye la liberación de dopamina

- **Efectos de la cocaína:** La cocaína proviene del arbusto Erythroxylon coca. Sus derivados incluyen clorhidrato y sulfato de cocaína. Los efectos psicológicos incluyen euforia y excitación, mientras que los fisiológicos abarcan disminución de la fatiga y aumento de la presión arterial. El consumo crónico puede provocar trastornos psíquicos y dependencia intensa.
- **Efectos de la marihuana:** La marihuana, conocida como cannabis, contiene THC, responsable de sus efectos. Los efectos agudos incluyen enrojecimiento de los ojos, sequedad de boca y taquicardia. Los efectos psicológicos varían según la calidad y la sensibilidad del consumidor, e incluyen calma, relajación, ansiedad y alucinaciones.

Tratamiento de Adicciones

El tratamiento de adicciones es un proceso integral y personalizado que aborda tanto los aspectos físicos como psicológicos de la dependencia a sustancias. La estrategia de tratamiento se basa en la experiencia clínica y tiene en cuenta la gravedad de la adicción, así como los problemas asociados, como condiciones médicas y psicológicas.

Tratamientos Farmacológicos

1. **Desintoxicación:** El primer paso en el tratamiento de adicciones suele ser la desintoxicación, un proceso supervisado médicamente para eliminar la sustancia del cuerpo de manera segura. Durante esta fase, se utilizan medicamentos para aliviar los síntomas de abstinencia y reducir el riesgo de complicaciones. Por ejemplo, en el caso de la adicción a los opioides, se pueden utilizar medicamentos como la metadona o la buprenorfina.
2. **Mantenimiento de la Sobriedad:** Después de la desintoxicación, se pueden prescribir medicamentos para ayudar a mantener la sobriedad y prevenir recaídas. Estos medicamentos actúan de diferentes maneras, como reducir los antojos (craving) o bloquear los efectos eufóricos de las drogas. Ejemplos incluyen:
 - Naltrexona: Bloquea los efectos eufóricos del alcohol y los opioides.
 - Acamprosato: Ayuda a reducir los antojos de alcohol.
 - Disulfiram: Provoca una reacción adversa al consumo de alcohol para desalentar su uso.

Participación Familiar

La participación de la familia es crucial en el tratamiento de adicciones, especialmente en la fase inicial. La familia puede proporcionar apoyo emocional y práctico, ayudar a monitorear el progreso del paciente y fomentar un ambiente libre de sustancias. La terapia familiar también puede abordar dinámicas familiares disfuncionales y mejorar la comunicación y el apoyo mutuo.

Grupos de Ayuda Mutua

Los grupos de ayuda mutua, como Alcohólicos Anónimos (AA) y Narcóticos Anónimos (NA), juegan un papel importante en la reintegración del paciente. Estos grupos proporcionan una red de apoyo social, oportunidades para compartir experiencias y estrategias para mantener la sobriedad. La participación en estos grupos puede mejorar significativamente las tasas de éxito a largo plazo.



Terapias Psicológicas

1. **Terapia Cognitivo-Conductual (TCC):** Ayuda a los pacientes a identificar y cambiar patrones de pensamiento y comportamiento negativos relacionados con el uso de sustancias.
2. **Terapia Motivacional:** Se centra en aumentar la motivación del paciente para cambiar y comprometerse con el tratamiento.
3. **Terapia de Prevención de Recaídas:** Enseña a los pacientes estrategias para manejar situaciones de alto riesgo y evitar recaídas.
4. **Terapia de Grupo:** Ofrece un entorno de apoyo donde los pacientes pueden compartir sus experiencias y aprender de otros en situaciones similares.

Programas de Tratamiento

Existen varios tipos de programas de tratamiento, que van desde la atención ambulatoria hasta la hospitalización completa:

1. **Programas Ambulatorios:** Los pacientes asisten a sesiones de terapia y tratamiento durante el día y regresan a casa por la noche.
2. **Centros de Rehabilitación Residencial:** Los pacientes viven en un entorno supervisado mientras reciben tratamiento intensivo.
3. **Hospitalización:** En casos de adicción severa, los pacientes pueden necesitar hospitalización para recibir atención médica y supervisión constante.

Enfoques Holísticos

Algunos programas de tratamiento también incluyen enfoques holísticos, como la meditación, el yoga y la terapia artística, para abordar el bienestar emocional y físico del paciente.



TEMA 10

SUICIDIO

Definición y Tipos de Suicidio: El suicidio es la muerte resultante de un acto ejecutado por la propia víctima con conocimiento del resultado. La tentativa de suicidio es el mismo acto detenido antes de producir la muerte. El parasuicidio incluye conductas suicidas que podrían generar beneficios primarios o secundarios. Durkheim identificó cuatro tipos de suicidio: egoísta, altruista, anómico y fatalista.

Epidemiología: El 95% de los suicidios padecen de enfermedad psiquiátrica. En Argentina, la tasa de suicidios en 2019 fue de 7,3 por cada 100.000 habitantes, con los grupos etarios más altos entre 15-24 y mayores de 75 años. Por cada suicidio concretado hay 10 a 25 intentos. La media mundial es de 9,35 por cada 100.000 habitantes.

Etiopatogenia: Los factores genéticos incrementan el riesgo de suicidio independientemente de la presencia de trastornos mentales. Los factores neurobiológicos incluyen la deficiencia serotoninérgica. Los factores sociodemográficos abarcan género, edad, estado civil, factores socioeconómicos, niveles educativos, raza e inmigración, y religión.

Clasificación: Se clasifican los tipos de suicidio según diferentes criterios, incluyendo la clasificación de Durkheim y otros tipos como el suicidio maniático, melancólico, obsesivo e impulsivo.

Factores de riesgo: Se identifican factores generales y específicos que pueden aumentar el riesgo de suicidio, como el sexo, la edad, el estado civil y las enfermedades médicas.

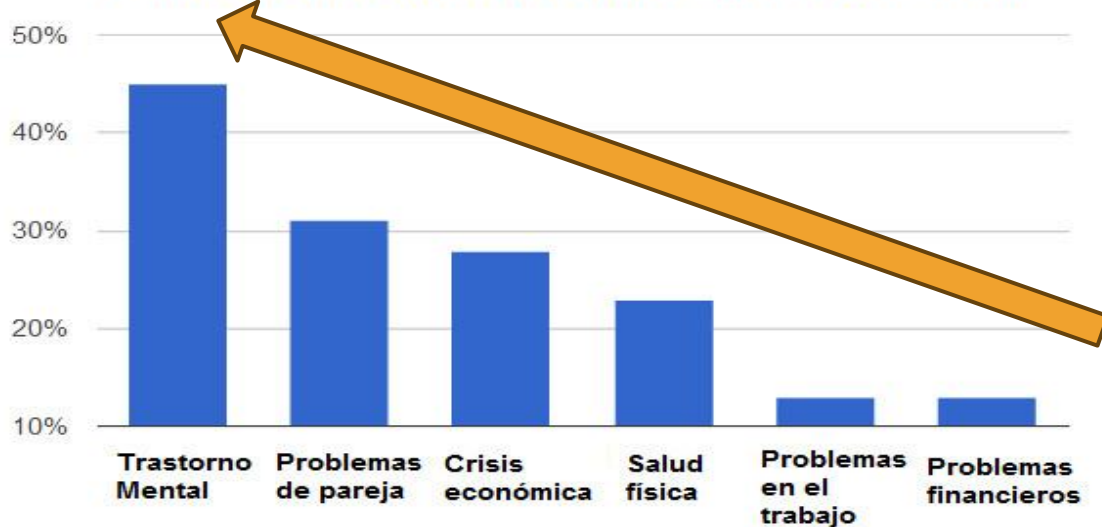
Semiología: Se aborda la importancia de la valoración del riesgo suicida y se mencionan escalas de valoración como la escala SAD PERSONS.

Mitos: Se desmienten creencias erróneas sobre el suicidio, como la idea de que hablar del tema puede incitar a alguien a suicidarse.

Aspectos legales: Se discuten las implicaciones legales del suicidio, especialmente en el contexto de la atención médica y la responsabilidad de los profesionales de la salud.



Factores desencadenantes del suicidio



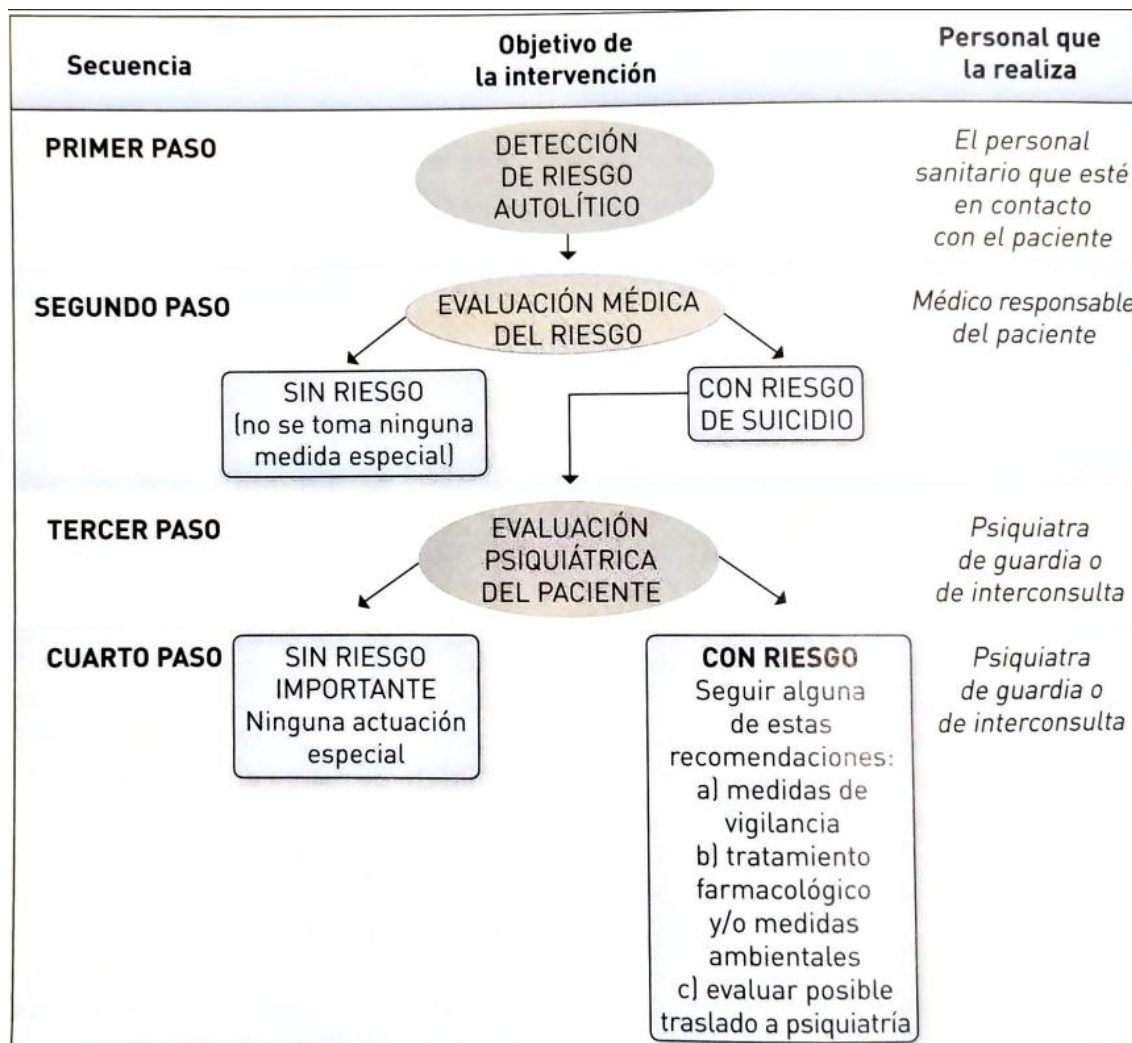
Fuente: Simpson, G; Tate, R (December 2007). "Suicidality in people surviving a traumatic brain injury: prevalence, risk factors and implications for clinical management". Brain injury : [BJ] 21 (13-14): 1335-51.

Durkheim identificó cuatro tipos de suicidio:

Suicidio egoísta	*Suicidio altruista*	*Suicidio anómico*	*Suicidio fatalista*
Ocurre cuando los individuos están INSUFICIENTEMENTE INTEGRADOS EN LA SOCIEDAD . La falta de vínculos sociales fuertes puede llevar a un sentimiento de aislamiento y, eventualmente, al suicidio	Sucede cuando los individuos están EXCESIVAMENTE INTEGRADOS EN LA SOCIEDAD , hasta el punto de que el suicidio se ve como un deber hacia el grupo. Un ejemplo podría ser el suicidio de soldados en ciertas culturas	Se produce en situaciones de DESREGULACIÓN DE LA INTEGRACIÓN SOCIAL , donde las normas que guían el comportamiento de las personas se desintegran, como durante crisis económicas o cambios sociales abruptos.	Es el resultado de una REGULACIÓN EXCESIVA DE LA INTEGRACIÓN SOCIAL , donde las personas sienten que su futuro está irremediamente controlado por normas opresivas



Algoritmo de Atención Ideas/conductas Suicidas



TEMA 11

PSIQUIATRIA DE ENLACE

Definición y Modelos de Psiquiatría: La psiquiatría de interconsulta y enlace se enfoca en la colaboración con otras unidades médicas para una atención integral. El modelo de consulta es reactivo y no continuo, mientras que el modelo de enlace es proactivo y participativo, mejorando la adhesión y el proceso terapéutico.

- **Demandas y Síntomas Abordados:** Las demandas frecuentes incluyen colaboración diagnóstica y terapéutica, organización de alta médica y transferencia a psiquiatría. Los síntomas abordados son delirium, demencia, agresividad, depresión, manía, psicosis, ansiedad, trastornos somatomorfos, TCA, sueño y consumo de sustancias.
- **Delirium y Tratamiento:** El delirium se caracteriza por deterioro de la conciencia y atención, con síntomas psiquiátricos precipitados por factores médicos. El tratamiento incluye haloperidol, risperidona, olanzapina y quetiapina.
- **Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión:** La escala mide el estado emocional del paciente para mejorar la ayuda médica. Incluye preguntas sobre tensión, disfrute, temor, preocupaciones, alegría, tranquilidad, nerviosismo, interés personal, inquietud, ilusión y angustia.

Conclusiones: El psiquiatra debe ayudar en el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales, manejar situaciones difíciles, conocer psicofármacos y formar a médicos en actitudes beneficiosas para el pronóstico del paciente.



TEMA 12

VIOLENCIA DE GENERO

Definición de violencia de género: La violencia de género se define como cualquier conducta que daña a la integridad de las personas por el solo hecho de serlo. Incluye actos que discriminan, ignoran, someten y subordinan a las personas, afectando su libertad, dignidad, seguridad, intimidad e integridad moral y/o física. Se considera una violación de los derechos humanos y afecta principalmente a mujeres y niñas.

Causas de la violencia de género: Las principales causas de la violencia de género incluyen relaciones desiguales entre hombres y mujeres, la cultura de la violencia como medio para resolver conflictos y la rápida transición a la ira entre los agresores.

Ámbitos de ocurrencia de la violencia de género: La violencia de género ocurre en diversos ámbitos como el doméstico, institucional, laboral, contra la libertad reproductiva, obstétrica, mediática, público y privado.

Impacto en la salud mental: La violencia de género afecta la calidad de vida y la salud mental, pudiendo desencadenar o empeorar enfermedades mentales. Las víctimas suelen ocultar el origen de las lesiones por inseguridad, vergüenza o temor a denunciar. Los pacientes con patologías mentales tienen factores de riesgo que perpetúan la violencia, como baja autoestima y estigmas asociados.

Legislación y medidas en Argentina: En Argentina, la violencia de género es ejercida principalmente por varones contra mujeres. La Ley 26.485 y la Ley Micaela establecen medidas de protección y capacitación obligatoria en temas de género. Existen líneas de atención especializadas que brindan apoyo a las víctimas.

Las principales causas de la violencia de género incluyen:

1. **Relaciones desiguales entre hombres y mujeres:** La desigualdad de poder y control en las relaciones puede llevar a situaciones de violencia.
2. **Cultura de la violencia:** La existencia de una cultura que acepta la violencia como un medio para resolver conflictos también contribuye a la violencia de género.
3. **Reacciones rápidas de ira:** Los expertos señalan que entre los agresores, el salto a la ira se da más rápido y la agresión llega de inmediato.

Estas causas reflejan una combinación de factores sociales, culturales y psicológicos que perpetúan la violencia de género.



TEMA 13

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Trastornos de la Conducta Alimentaria: Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son trastornos mentales caracterizados por un comportamiento patológico relacionado con la alimentación y una obsesión por el control del peso y la imagen corporal. Estos trastornos tienen consecuencias negativas tanto para la salud física como mental y son una de las principales causas de enfermedad crónica y mortalidad entre la población joven.

- **Epidemiología y Etiología:** Afectan principalmente a mujeres jóvenes con una relación mujer/hombre de 10/1. La prevalencia es de 0,4% para AN, 1,5% para BN y 3,06% para TANE. Han aumentado en las últimas tres décadas, especialmente en sociedades industrializadas. Los factores predisponentes incluyen edad, género y carga genética. Factores familiares y socioculturales también influyen.
- **Clasificación y Diagnóstico:** Los trastornos alimentarios se clasifican en Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y Trastornos Alimentarios No Especificados (TANE). La clasificación DSM-5 y CIE-10 incluye varios trastornos como PICA, trastorno de rumiación, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros. La anorexia nerviosa se caracteriza por restricción de la ingesta energética, miedo a ganar peso y alteración en la percepción del propio peso.
- **Tratamiento:** El tratamiento de los Trastornos Alimentarios incluye un equipo multidisciplinario y generalmente es ambulatorio. Algunos casos requieren hospitalización parcial o internación en psiquiatría. La psicoterapia individual y familiar es la base del tratamiento. El tratamiento farmacológico incluye ISRS como la fluoxetina, con una duración de 6 meses a 1 año después de la remisión sintomática.

Psicoterapia individual: Este tipo de terapia se centra en el individuo y sus experiencias personales. Ayuda a los pacientes a identificar y cambiar patrones de pensamiento y comportamiento que contribuyen a sus trastornos alimentarios. La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una de las formas más comunes de psicoterapia utilizada para tratar los TCA. La TCC ayuda a los pacientes a desafiar y modificar sus creencias y actitudes sobre la comida, el peso y la imagen corporal.

Psicoterapia familiar: Involucra a los miembros de la familia en el proceso terapéutico. Este enfoque es especialmente útil para adolescentes y jóvenes adultos. La terapia familiar puede ayudar a mejorar la comunicación y el apoyo dentro de la familia, y a abordar dinámicas familiares que pueden estar contribuyendo al trastorno alimentario.



TEMA 14

ASPECTOS MEDICOS LEGALES

Aspectos medico-legales: La presentación aborda aspectos médico-legales relacionados con la capacidad civil, la capacidad de hecho y de derecho, y la incapacidad. Se discuten las restricciones a la capacidad, los legitimados para solicitar la declaración de incapacidad, y el cese de la incapacidad. También se mencionan los apoyos y la tutela y curatela.

- **Incapacidad y restricciones:** Se detallan las condiciones y procedimientos para declarar la incapacidad de una persona, incluyendo el juicio de insania y sus etapas. Se explican las condiciones bajo las cuales una persona no es punible según el artículo 34 del Código Penal, y se describen los estados de insuficiencia de facultades, alteraciones morbosas, estado de inconsciencia y error de hecho no imputable.

Según el artículo 34 del Código Penal, una persona no es punible si, en el momento del hecho, no pudo comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones debido a alguna de las siguientes condiciones:

1. **Insuficiencia de sus facultades:** Esto incluye retraso mental y demencia avanzada, donde la persona padece déficit y/o deterioro de sus facultades intelectuales, ya sea congénitos o adquiridos.
2. **Alteraciones morbosas de las facultades:** Por ejemplo, psicosis en el momento en que la persona no comprende la criminalidad del acto.
3. **Estado de inconsciencia:** Estados confusionales endógenos o exógenos, como epilepsia o estrés agudo que puede llevar a un estado de inconsciencia.
4. **Error o ignorancia de hechos no imputables:** Por ejemplo, una persona que mata a otra pensando erróneamente que era un ladrón.

Estas condiciones deben impedir que la persona comprenda la criminalidad del acto o dirija sus acciones para que no sea considerada punible.

Algunos ejemplos de cada condición según el artículo 34 del Código Penal:

1. **Insuficiencia de sus facultades:** Esto incluye casos de retraso mental y demencia avanzada. Por ejemplo, una persona con retraso mental severo que no puede comprender la criminalidad de sus actos o una persona con demencia avanzada que ha perdido la capacidad de entender la realidad.
2. **Alteraciones morbosas de las facultades:** Esto se refiere a psicosis u otras enfermedades mentales que afectan la capacidad de comprender la criminalidad del acto. Un ejemplo sería una persona en un episodio maníaco que comete un



robo debido a delirios megalómanos y no comprende la criminalidad de su acto en ese momento.

3. **Estado de inconsciencia:** Esto incluye estados confusionales endógenos o exógenos, como la epilepsia o el estrés agudo. Por ejemplo, una persona que sufre un ataque epiléptico y, en un estado de inconsciencia, comete un acto delictivo.
4. **Error o ignorancia de hechos no imputables:** Un ejemplo sería una persona que mata a otra pensando erróneamente que era un ladrón que entraba por la ventana.

Para determinar si una persona cumple con las condiciones establecidas en el artículo 34 del Código Penal, se sigue un proceso judicial que incluye varias etapas:

1. **Examen interdisciplinario:** Es imprescindible realizar un examen interdisciplinario para evaluar la capacidad mental de la persona. Este examen puede ser solicitado por cualquiera de los legitimados, como el propio interesado, parientes cercanos, o el Ministerio Público.
2. **Declaración judicial:** La demencia o incapacidad debe ser verificada y declarada por un juez competente. Esto incluye la presentación de certificados médicos que acrediten el estado mental de la persona.
3. **Evaluación médica:** Los médicos designados deben expedirse sobre varios puntos, incluyendo el diagnóstico, la fecha aproximada en que la enfermedad se manifestó, el pronóstico, y la necesidad de internación.
4. **Sentencia judicial:** El juez puede verificar la demencia y decretar la interdicción, no verificar la demencia, pero sí la inhabilitación, o rechazar la denuncia si se verifica un completo estado de salud mental.
5. **Apelación:** La sentencia es apelable dentro de los 5 días por el denunciante, el denunciado, el curador provisional, o el Asesor de Menores e Incapaces.

Este proceso asegura que se evalúe de manera exhaustiva la capacidad mental de la persona antes de determinar su punibilidad.

1. **Capacidad Civil y de Hecho:** Se define como la aptitud del individuo para gozar y ejercer derechos o contraer obligaciones. La capacidad de hecho también se conoce como capacidad de obrar o de ejercicio, y es la facultad de ejecutar los derechos y deberes de los que es titular.
2. **Incapacidad de Hecho y de Derecho:** La incapacidad de hecho se refiere a personas que no pueden ejercer sus derechos debido a su edad o a una sentencia



judicial. La incapacidad de derecho es cuando una persona es impedida transitoriamente de ejercer ciertos derechos por razones de orden público.

3. **Restricciones a la Capacidad:** Incluye adicciones, alteraciones mentales permanentes o prolongadas, y personas absolutamente imposibilitadas de interactuar con su entorno.
4. **Legitimados a Solicitar la Declaración de Incapacidad:** Pueden solicitarla el propio interesado, parientes cercanos, el cónyuge no separado de hecho, convivientes, y el Ministerio Público.
5. **Cese de la Incapacidad:** Requiere un examen interdisciplinario y puede ser planteado por cualquiera de los legitimados. La declaración la decreta un juez.
6. **Apoyos y Tutela:** Se refiere a medidas judiciales o extrajudiciales que facilitan a la persona la toma de decisiones. La tutela es ejercida por un tercero que no es el padre del mismo, y la curatela se refiere a la administración de bienes y protección de la salud del incapacitado.
7. **Declaración de Demencia e Inhabilitación:** La demencia debe ser verificada y declarada por un juez competente. La inhabilitación puede ser solicitada para personas con embriaguez habitual, uso de estupefacientes, o prodigalidad en la administración de bienes.
8. **Juicio de Insania:** Tiene cuatro etapas: inicio o demanda, desarrollo o prueba, sentencia, y etapa recursiva.
9. **Artículo 34 del Código Penal:** Establece que no son punibles las personas que, en el momento del hecho, no pudieron comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones debido a insuficiencia de sus facultades, alteraciones morbosas, estado de inconsciencia, o error de hecho no imputable.



TEMA 15

Adicciones

Aspectos Históricos: La historia de la humanidad incluye el uso de sustancias psicoactivas con fines religiosos, festivos, ociosos e introspectivos. Culturas antiguas como los egipcios y las culturas precolombinas ya utilizaban cerveza y tabaco en ceremonias. La cocaína y el opio también tienen una larga historia de consumo y comercio.

- **Uso de Drogas en Buenos Aires:** A comienzos del siglo XX, el uso de drogas estaba muy extendido en Buenos Aires, con referencias en tangos y la venta de cocaína en bares y farmacias. La droga se alejaba del ámbito marginal y se asociaba con el dandismo y la buena posición social.
- **Adicción y Fisiopatología:** La adicción es una enfermedad crónica que afecta el circuito de recompensa del cerebro. Las drogas de abuso activan el sistema dopaminérgico, generando tolerancia, dependencia y sensibilización. El sistema de recompensa cerebral se ve alterado, disminuyendo la búsqueda de placer en otras actividades.
- **Conceptos de Uso y Abuso:** El uso de sustancias puede no tener repercusión clínica-social, mientras que el abuso implica daño en la salud física, mental y social. La dependencia se caracteriza por síntomas cognitivos y fisiológicos, incluyendo tolerancia y abstinencia.
- **Factores de Riesgo:** El entorno familiar, la legislación, la publicidad, y características individuales como el sexo, la carga genética y la adolescencia influyen en el potencial adictivo de las drogas. Las personalidades previas o trastornos psiquiátricos también juegan un papel importante.

Los factores familiares como la disfuncionalidad, la falta de comunicación, el autoritarismo, la agresividad, la falta de límites, la escasa participación en la toma de decisiones y la sobreprotección pueden aumentar el riesgo de adicción al generar individuos inseguros y con sentimientos de inferioridad. Estos individuos pueden buscar en las sustancias una forma de escapar de sus problemas, aliviar tensiones o mejorar su autoestima, lo que incrementa la probabilidad de desarrollar una dependencia.

1. **Tabaco:** El tabaco es una droga con un alto potencial adictivo. Su consumo está asociado a enfermedades graves como el cáncer de pulmón y cardiopatías. La nicotina es la sustancia responsable de la dependencia.



2. **Alcohol:** El alcohol es ampliamente consumido en Argentina, con un 76% de la población entre 16 y 65 años que lo consume. Su abuso está relacionado con homicidios, accidentes de tránsito y otras consecuencias graves.
3. **Marihuana o Cannabis:** La marihuana es conocida por sus efectos tanto físicos como psicológicos. Su consumo puede causar enrojecimiento de los ojos, taquicardia, y efectos psicológicos como ansiedad y pérdida de memoria a corto plazo.
4. **Cocaína:** La cocaína es una droga con un alto potencial adictivo y múltiples vías de administración. Sus efectos incluyen arritmias, alucinaciones y complicaciones crónicas como isquemias miocárdicas y trastornos psicóticos.
5. **Drogas de diseño y alucinógenos:** Estas sustancias distorsionan las funciones sensoriales y pueden causar efectos psicológicos como euforia y depresión, así como efectos orgánicos como convulsiones y hipertensión.



Experiencia en el HMCM: Se realizó una recopilación de datos sobre el consumo de sustancias psicoactivas en militares en actividad, concluyendo que las fuerzas armadas no se alejan de las estadísticas de la población civil. Las drogas de prevalencia son el alcohol, la marihuana y la cocaína.

TEMA 16

REATRASO MADURATIVO

Definición y características del retraso mental: El retraso mental se define por un desarrollo mental incompleto o detenido, afectando funciones cognitivas, del lenguaje, motrices y de socialización. Se manifiesta antes de los 18 años y se describe como una incapacidad psíquica y social, generalmente descubierta en la infancia. Afecta la estructura cerebral o su funcionamiento, impactando el desarrollo y el aprendizaje escolar.

- 1) **Etiología y factores predisponentes:** Las causas del retraso mental se dividen en prenatales, perinatales y postnatales. Las prenatales incluyen infecciones y causas genéticas; las perinatales, meningitis y bajo peso al nacer; y las postnatales, traumatismo encefálico y mala nutrición. La condición es multifactorial y más frecuente en varones. Entre el 30-40% de los casos no tienen una etiología clara.
- 2) **Clasificación del retraso mental:** El retraso mental se clasifica en leve, moderado, grave y profundo. El leve afecta al 85% de los casos, con habilidades sociales y de comunicación desarrolladas en la infancia. El moderado afecta al 10%, con habilidades de comunicación limitadas. El grave afecta al 3-4%, con lenguaje comunicativo escaso. El profundo afecta al 1-2%, con alteraciones graves en el funcionamiento sensoriomotor.
- 3) **Síntomas y comorbilidades:** Los síntomas incluyen afectaciones en psicomotricidad, lenguaje, desarrollo cognitivo e interacción social. También se observan alta sugestionabilidad, impulsividad y baja tolerancia a la frustración. Las comorbilidades incluyen trastornos mentales como déficit de atención y trastornos del estado de ánimo, y enfermedades neurológicas como convulsiones y trastornos motores.
- 4) **Tratamiento:** El tratamiento incluye estimulación temprana, honestidad con el niño, uso de frases cortas y directas, y psicofarmacología para casos específicos. Los antipsicóticos atípicos, ISRS y vitaminas B6, B12 y magnesio mejoran el comportamiento. Otros tratamientos incluyen litio, naltrexona, buspirona y dietas libres de gluten y caseína.

Las personas con retraso mental presentan una variedad de síntomas que afectan diferentes áreas del desarrollo. Estos síntomas incluyen:

- a) **Afectación en varias áreas del desarrollo:** psicomotricidad, lenguaje, desarrollo cognitivo e interacción social.



- b) **Retraso cronológico:** con relación a los niños de su edad, generalmente en torno a un año o dos.
- c) **Alta sugestionabilidad:** las personas con retraso mental pueden ser fácilmente influenciadas por otros.
- d) **Alta impulsividad:** tienden a actuar sin pensar en las consecuencias.
- e) **Baja tolerancia a la frustración:** se frustran fácilmente cuando no pueden lograr algo.
- f) **Escaso control instintivo:** tienen dificultades para controlar sus impulsos.
- g) **Incapacidades adaptativas:** más que un CI bajo, la incapacidad para funcionar adaptativamente es más determinante en el retraso mental.

Estos síntomas pueden variar en intensidad y manifestarse de diferentes maneras dependiendo del grado de retraso mental y de otros factores individuales.

El diagnóstico del retraso mental se realiza a través de una evaluación multidisciplinaria que incluye varios pasos.

- a) Primero, se evalúa el funcionamiento intelectual del individuo, generalmente mediante pruebas estandarizadas de coeficiente intelectual (CI). Un CI significativamente por debajo del promedio es uno de los indicadores clave.
- b) Segundo evaluar las habilidades adaptativas del individuo, es decir, su capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas y satisfacer las exigencias de su entorno social y cultural de manera independiente. La incapacidad para funcionar adaptativamente es más determinante en el diagnóstico del retraso mental que un CI bajo.

El diagnóstico también considera el período de desarrollo del individuo, ya que el retraso mental se manifiesta antes de los 18 años. Es importante identificar cualquier deficiencia en el desarrollo mental durante la infancia, ya que esto puede afectar el aprendizaje escolar y otras áreas del desarrollo.

En resumen, el diagnóstico del retraso mental implica una evaluación del funcionamiento intelectual, las habilidades adaptativas y el período de desarrollo del individuo.



TEMA 17

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD

Definición

Un trastorno de la personalidad es un patrón duradero de comportamiento, cognición y experiencia interna que se desvía significativamente de las expectativas de la cultura del individuo. Este patrón es inflexible y se manifiesta en una amplia gama de situaciones personales y sociales, causando malestar clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento.

Etiología

La etiología de los trastornos de la personalidad es multifactorial e incluye:

- 1) **Genética:** Los rasgos de personalidad pueden ser heredados de los padres.
- 2) **Entorno:** Factores ambientales, como el ambiente familiar, eventos traumáticos y relaciones interpersonales, juegan un papel importante en el desarrollo de estos trastornos.

Clasificación

Los trastornos de la personalidad se clasifican en tres grupos principales según el DSM:

1. **Grupo A (Extraños o excéntricos):**
 - Trastorno paranoide de la personalidad
 - Trastorno esquizoide de la personalidad
 - Trastorno esquizotípico de la personalidad
2. **Grupo B (Dramáticos, emotivos o erráticos):**
 - Trastorno antisocial de la personalidad
 - Trastorno límite de la personalidad
 - Trastorno histriónico de la personalidad
 - Trastorno narcisista de la personalidad
3. **Grupo C (Ansiosos o temerosos):**
 - Trastorno de la personalidad por evitación
 - Trastorno de la personalidad por dependencia
 - Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Características

Las características de los trastornos de la personalidad incluyen:

- 1) **Cognición:** Formas de percibirse e interpretarse a sí mismo y a los demás.
- 2) **Afectividad:** Rango, intensidad y adecuación de la respuesta emocional.
- 3) **Funcionamiento interpersonal:** Dificultades en las relaciones con los demás.
- 4) **Control de impulsos:** Problemas para controlar comportamientos impulsivos.



Clúster A: Trastornos de Personalidad Excéntricos o Raros

Este clúster incluye trastornos de personalidad caracterizados por comportamientos extraños o excéntricos. Los individuos con estos trastornos suelen tener dificultades para relacionarse con los demás y pueden parecer distantes o desconfiados.

- **Trastorno de Personalidad Paranoide:** Desconfianza y suspicacia general hacia los demás, interpretando sus acciones como malintencionadas.
- **Trastorno de Personalidad Esquizoide:** Distanciamiento de las relaciones sociales y una gama limitada de expresiones emocionales en contextos interpersonales.
- **Trastorno de Personalidad Esquizotípico:** Disconformidad con las relaciones cercanas, distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamientos excéntricos.

Clúster B: Trastornos de Personalidad Dramáticos, Emocionales o Erráticos

Este clúster incluye trastornos de personalidad caracterizados por comportamientos dramáticos, emocionales o erráticos. Las personas con estos trastornos pueden tener dificultades para mantener relaciones estables y pueden ser percibidas como impredecibles.

- **Trastorno de Personalidad Antisocial:** Desprecio y violación de los derechos de los demás, falta de remordimiento y comportamiento impulsivo.
- **Trastorno de Personalidad Límite (Borderline):** Inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y una marcada impulsividad.
- **Trastorno de Personalidad Histriónico:** Búsqueda excesiva de atención, comportamiento seductor y emociones superficiales.
- **Trastorno de Personalidad Narcisista:** Sentido grandioso de autoimportancia, necesidad de admiración y falta de empatía hacia los demás.

Clúster C: Trastornos de Personalidad Ansiosos o Temerosos

Este clúster incluye trastornos de personalidad caracterizados por comportamientos ansiosos o temerosos. Las personas con estos trastornos suelen ser muy autocríticas y pueden tener dificultades para tomar decisiones.

- **Trastorno de Personalidad Evitativo:** Inhibición social, sentimientos de insuficiencia y sensibilidad extrema a la evaluación negativa.
- **Trastorno de Personalidad Dependiente:** Necesidad excesiva de ser cuidado, sumisión y miedo a la separación.
- **Trastorno de Personalidad Obsesivo-Compulsivo:** Preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control, a expensas de la flexibilidad y la eficiencia

Estos trastornos suelen comenzar en la adolescencia o en la adultez temprana y son estables a lo largo del tiempo. Las personas con trastornos de la personalidad pueden tener dificultades para adaptarse a las demandas de la vida diaria y experimentar problemas significativos en sus relaciones personales y profesionales.



TEMA 18

LEY DE SALUD MENTAL (LEY 26.657)

Derechos y Garantías: La ley garantiza los derechos de las personas con padecimientos mentales, asegurando atención sanitaria y social integral y humanizada.

Definición: Reconoce la salud mental como un proceso determinado por factores históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos.

1. **Ámbito de Aplicación:** Aplica a todos los servicios y efectores de salud públicos y privados.
2. **Modalidad de Abordaje:** Promueve el tratamiento en hospitales generales y no en instituciones psiquiátricas.
3. **Internaciones:** La internación debe ser breve y notificada al juez. Solo se permite la internación involuntaria en casos de riesgo cierto e inminente.
4. **Equipo Interdisciplinario:** Establece la necesidad de un equipo interdisciplinario para la evaluación y tratamiento.
5. **Órgano de Revisión:** Crea un órgano de revisión para supervisar las internaciones y garantizar los derechos de los pacientes.

Controversias de la Ley de Salud Mental

1. **Falta de Recursos:** La implementación de la ley ha sido criticada por la falta de infraestructura y recursos adecuados para el tratamiento comunitario.
2. **Incremento de Suicidios:** Se ha observado un aumento en los casos de suicidio, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes, lo que pone en duda la efectividad de la ley para abordar trastornos mentales graves.
3. **Desprotección de Pacientes Ambulatorios:** La ley prioriza el tratamiento comunitario, pero en muchas provincias no hay suficientes equipos interdisciplinarios ni centros de atención ambulatoria.
4. **Enfoque Conceptual:** La ley está influenciada por un enfoque de las décadas de 1960 y 1970, que considera la enfermedad mental como una construcción social, lo que ha sido criticado por algunos especialistas.



DEMENCIAS

La demencia es un trastorno neurocognitivo que implica un deterioro progresivo de la capacidad cognitiva y funcional, afectando la memoria, el pensamiento, el lenguaje y la capacidad para realizar actividades diarias. Es más común en personas mayores, aunque no es una parte normal del envejecimiento.

Características principales de la demencia:

1. **Pérdida de memoria:** Dificultad para recordar información reciente y, con el tiempo, también para recordar eventos pasados.
2. **Deterioro del pensamiento:** Dificultad para planificar, organizar y tomar decisiones.
3. **Problemas del lenguaje:** Dificultad para encontrar las palabras correctas, seguir conversaciones o comprender lo que se dice.
4. **Desorientación:** Pérdida de la capacidad para reconocer lugares familiares o para orientarse en el tiempo.
5. **Cambios en el comportamiento y el estado de ánimo:** Alteraciones en la personalidad, depresión, ansiedad y comportamientos inapropiados.

Datos Epidemiológicos

La prevalencia de las demencias aumenta con la edad. La enfermedad de Alzheimer es la forma más común, representando entre el 60-80% de los casos. La frecuencia de la enfermedad de Alzheimer se duplica cada 5 años a partir de los 60 años.

Etiopatogenia

Las demencias pueden ser causadas por diversas etiologías, incluyendo enfermedades neurodegenerativas (como el Alzheimer y la demencia por cuerpos de Lewy), enfermedades vasculares, infecciones, y condiciones metabólicas.

Clínica

Los síntomas clínicos de las demencias incluyen déficits persistentes en áreas cognitivas como la memoria, el lenguaje, la viso espacialidad, la personalidad, el afecto y la abstracción. Estos síntomas afectan la capacidad del individuo para llevar a cabo las actividades diarias.



Diagnóstico

El diagnóstico de las demencias se basa en una combinación de evaluación clínica, pruebas neuropsicológicas y estudios de imagen cerebral. Es importante diferenciar entre los distintos tipos de demencia para un manejo adecuado.

Abordaje Terapéutico

El tratamiento de las demencias incluye intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. Los medicamentos pueden ayudar a manejar los síntomas, pero no curan la enfermedad. Las intervenciones no farmacológicas, como la terapia cognitiva y el apoyo psicosocial, son esenciales para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias

Tipo de Demencia	Características Principales	Diferencias
Enfermedad de Alzheimer	Pérdida progresiva de memoria, desorientación, cambios de personalidad	Afecta principalmente la memoria y el pensamiento
Demencia Vascular	Problemas de juicio, planificación y organización, cambios en la marcha	Causada por problemas de flujo sanguíneo al cerebro
Demencia con Cuerpos de Lewy	Alucinaciones visuales, fluctuaciones en la atención, síntomas parkinsonianos	Presencia de cuerpos de Lewy en las neuronas
Demencia Frontotemporal	Cambios en la personalidad y comportamiento, problemas de lenguaje	Afecta principalmente los lóbulos frontales y temporales del cerebro
Demencia Mixta	Combinación de síntomas de Alzheimer y demencia vascular	Presencia de múltiples causas subyacentes

La enfermedad de Pick es un tipo de demencia frontotemporal que causa un deterioro progresivo de las capacidades mentales debido a la muerte neuronal en los lóbulos frontal y temporal del cerebro.

Características Principales

- **Cambios de personalidad:** Desinhibición conductual, aumento de la agresividad e impulsividad, o apatía y abulia.
- **Estado de ánimo alterado:** Labilidad emocional, irritabilidad, nerviosismo o embotamiento emocional.
- **Funciones ejecutivas:** Alteraciones en la planificación, organización y juicio.



- **Síntomas conductuales:** Rutinas compulsivas, comportamiento social inapropiado, acciones impulsivas y movimientos repetitivos.
- **Alteraciones del lenguaje:** Pérdida gradual de la capacidad para hablar o comprender el habla.

Edad de Inicio

La enfermedad de Pick, una forma de demencia frontotemporal, generalmente se manifiesta entre los 40 y 50 años². A diferencia de otras demencias, como el Alzheimer, no tiene una prevalencia mayor con el aumento de la edad.

Heredabilidad

Aunque algunas formas de degeneración lobular frontotemporal están asociadas a factores genéticos, no hay evidencias claras de que la enfermedad de Pick tenga una causa genética específica. No se ha encontrado un patrón de heredabilidad en el desarrollo de esta enfermedad.

Diagnóstico

El diagnóstico de la enfermedad de Pick incluye varios pasos:

1. **Evaluación Clínica:** Revisión de la historia clínica y examen físico para descartar otras causas.
2. **Entrevista Familiar:** Para obtener detalles sobre el comportamiento del paciente.
3. **Examen Neuropsicológico:** Evaluación de las habilidades de razonamiento y memoria.
4. **Pruebas de Imagen:** Tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (RM) para identificar atrofia en los lóbulos frontal y temporal.
5. **Pruebas Genéticas:** En algunos casos, se pueden realizar pruebas genéticas para identificar mutaciones asociadas con la enfermedad

Tratamiento

El tratamiento incluye el uso de medicamentos, fisioterapia y terapia del habla para controlar la progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida.

Espero que esta información te sea útil. Si tienes alguna otra pregunta o necesitas más detalles, no dudes en decírmelo.



Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincero reconocimiento a todos aquellos que han contribuido de manera tan generosa al dictado de clases y, con ello, al desarrollo y enriquecimiento de este manual. Cada lección compartida, cada idea intercambiada, y cada experiencia vivida en el aula han dejado una huella imborrable en este proyecto. Gracias a los docentes: Dra. Sara GALLARDO, Dra. Macarena VARA FARMAGGIO, Dra. Noelia ANTENUCCI, Dr. Federico DAMLANOVICH, Dr. Orlando BORDON Dra. Nuria FERNANDEZ, Dra. Daiana OVIEDO, Dr. Nicolas ALBA, Dra. Fanny SANTEDEER CANTEROS, Dra. Agustina GIUDICE, Dr. Agustín DE NIGRIS, Lic María MARINA: que, con su pasión y profesionalismo, han transformado el proceso de enseñanza en un viaje de descubrimiento y aprendizaje. Su dedicación ha encendido la chispa de la curiosidad en cada uno de nosotros y ha inspirado el compromiso por la excelencia.

También extiendo mi gratitud a todos los colaboradores, mentores y participantes, cuyos aportes han enriquecido no solo el contenido, sino también el espíritu de esta guía. Cada aporte, por pequeño que pareciera, ha logrado tejer un entramado de conocimientos y vivencias que reflejan el verdadero valor del intercambio académico.

A mis estudiantes, quienes con su curiosidad y dedicación me inspiran a seguir aprendiendo y enseñando cada día. A la Universidad de Buenos Aires, por brindar el entorno académico propicio para el desarrollo de este trabajo. Y, por último, a mi familia, por su amor y paciencia incondicionales.

Este manual es el reflejo tangible de la colaboración y la pasión compartida en cada clase dictada. A ustedes, que han permitido que cada palabra y concepto cobre vida, mi profundo y eterno agradecimiento.

¡Gracias por ser parte de este proyecto y por contribuir a la formación de un conocimiento que trasciende las páginas de este manual!

El Dr. José Adrián Cosentino ha dedicado su carrera a la investigación y enseñanza de la psiquiatría, con un enfoque especial humanístico en la formación de nuevos profesionales en esta área. Su compromiso con la educación y el avance de la psiquiatría se refleja en cada página de este manual.

