

Tema 10. Los trastornos de ansiedad.

10.1. OBJETIVOS PARA EL TO

- Proporcionar conceptos generales:
 - En sus distintos grupos nosotáxicos.
 - Por su importancia clínica y epidemiológica.
- Proporcionar un sencillo y único esquema diagnóstico y clasificatorio: el enfoque.
- Proporcionar un sencillo esquema etiológico.
- Formar en competencias de cómo actuar con el paciente:
 - Cuándo tratar / cuándo remitir al especialista.
- Facultarle para utilizar unos sencillos principios terapéuticos:
- Proporcionar criterios generales sobre:
 - Los principios del tratamiento por especialistas.
 - Los dilemas científicos y las inquietudes de la investigación.

CONCEPTO Y CLÍNICA

10.2. EL SÍNDROME ANSIOSO/ ANGUSTIOSO

(ver esquema 3.19)

10.3. SÍNTOMAS SOMÁTICOS

(ver esquema 3.20)

10.4. LA ENTIDAD NOSOLÓGICA

- Trastorno psíquico.
- Vivido psíquica y somáticamente.
- Síntoma ansiedad / angustia.
- Síndrome ansiedad / angustia.
- "Primario".
- No totalmente explicable (biológicamente).
- No totalmente "comprensible": Duración, intensidad.
- Algún grado de afectación, incapacidad.
- Frecuentemente cursa con algo de disforia, desánimo,...

10.5. NOSOTAXIAS

CIE-10:

- Otros trastornos de ansiedad:
 - +TAPE (de pánico).
 - +Tr. de ansiedad generalizada.
 - +Tr. mixto ansioso-depresivo.
 - +Otros.
- Trastorno de ansiedad fóbica.
- Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).
- Trastornos disociativos/conversivos.
- Trastornos somatomorfos.
- Reacc. a estrés grave y trast. adaptación:
 - +Reacción mixta ansioso-depresiva.
 - +Otras reacciones.

DSM5:

- Trastorno de pánico.
- Tr. de ansiedad generalizada.
- Tr. ansiedad inducida por sustancias/medicamentos.
- Tr. ansiedad debido a afección médica.
- Trastorno de ansiedad por separación.
- Mutismo selectivo.
- Fobia específica.
- Trastorno de ansiedad social (fobia social).
- Agorafobia.
- Tr. obsesivo-compulsivo y otros relacionados (incluye tr. de acumulación, tr. dismórfico corporal, tricotilomanía, tr. de excoiación, otros).
- Trastornos disociativos.
- Trastornos con síntomas somáticos y relacionados.
- Tr. relacionados con el trauma y con el estrés:
 - +Trastorno adaptativo.
 - +Tr. de estrés agudo.
 - +Tr. de estrés postraumático.

10.6. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Clinica:

- Estado persistente de ansiedad y preocupación excesiva e inespecífica, presente la mayor parte de los días y de duración superior a seis meses.
- Sintomatología de tipo somático: tensión motora++ (contracturas musculares, inquietud, etc.), cefaleas, hiperactividad vegetativa (sudoración, palpitaciones, síntomas gastrointestinales, etc.), insomnio e irritabilidad.
- Disminución atención/concentración.
- Genera intenso malestar y disfunción en la persona que lo padece.

Causas:

- Está demostrada cierta agregación familiar.
- La personalidad ansiosa.
- Ciertos estilos de educación, los acontecimientos vitales estresantes y las relaciones familiares y laborales son factores de riesgo para desarrollar un TAG.
- Si se inicia por un factor estresante, luego puede volverse autónomo (los síntomas persisten a pesar del fin factor estrés).
- Se admite que su prevalencia a lo largo de la vida en la población general es de un 5% (0,5-9,2%) y de un 12% según estudios realizados en pacientes de Atención Primaria.

10.7. TRASTORNO DE PÁNICO

- El trastorno de pánico se caracteriza por la aparición espontánea e inesperada de crisis recurrentes de ansiedad grave (ataques de pánico o crisis de angustia) que pueden no estar desencadenadas por ninguna circunstancia en particular, en ausencia de peligro real.
- Prevalencia en un año: 2,3% en la población general (1,7% en varones frente a un 3% en mujeres) y de un 3,8% a lo largo de la vida.
- Su inicio en dos picos de edad: al final de la adolescencia y a mitad de la década de los 30.
- Se trata de episodios súbitos de miedo, intenso malestar, sensación de peligro o muerte inminente, que se acompañan de intensos síntomas físicos. Suelen durar entre 15 y 30 minutos.
- Para establecer el diagnóstico de trastorno de pánico deben presentarse varias crisis de ansiedad graves asociados a un intenso cortejo de síntomas físicos durante un período mínimo de un mes. A los ataques le siguen preocupación por la repetición de los mismos, y cambios en la conducta como evitación de situación que puedan generarlos.
- Los síntomas físicos pueden ser:
 - +Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca.
 - +Sudoración.
 - +Temblor o sacudidas.
 - +Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
 - +Sensación de ahogo.
 - +Dolor o molestias en el tórax.
 - +Náuseas o malestar abdominal.
 - +Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
 - +Escalofríos o sensación de calor.
 - +Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
- Miedos: a perder el control, a "volverse loco" o a morir.

10.8. SÍNDROME FÓBICO

(ver esquema 3.26)

10.9. FOBIAS. CONCEPTO

-Presencia de un miedo acusado, persistente, excesivo e irracional a objetos o situaciones concretas (que no son en sí mismos generalmente peligrosos) ante cuya exposición se produce una respuesta inmediata de ansiedad. Las características esenciales de esos miedos son:

- a) Desproporcionados teniendo en cuenta el peligro objetivo;
- b) Irracionales, según entiende el propio sujeto;
- c) Involuntarios, no deseados, y
- d) Con tendencia a la evitación como único modo de superar el peligro.

-Otros elementos claves en el diagnóstico son la evitación de la situación temida (o, si acaso, se afronta con temor), la anticipación ansiosa (en general, imaginar la situación fóbica desencadena una ansiedad anticipatoria) y el malestar que genera el elemento temido.

-El paciente no tiene ansiedad salvo que esté ante el estímulo fóbico, o que anticipe o presienta que va a estarlo.

-La ansiedad fóbica no se diferencia, ni vivencial, ni comportamental, ni fisiológicamente, de otros tipos de ansiedad y su gravedad puede variar desde una ligera intranquilidad hasta el terror pánico. La preocupación del enfermo puede centrarse en síntomas aislados, tales como palpitaciones o sensación de desvanecimiento y a menudo se acompaña de miedos secundarios a morir, a perder el control o a volverse loco.

-La ansiedad no se alivia por saber que otras personas no consideran dicha situación como peligrosa o amenazante.

-La mayor parte de los trastornos fóbicos son más frecuentes en las mujeres que en los varones.

-Se pueden distinguir tres tipos de fobias:

10.10. TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL (FOBIA SOCIAL)

-Consiste en un miedo persistente y acusado en situaciones sociales o a actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas (hablar en público o sentirse el centro de atención).

-Giran en torno al miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes) y llevan a evitar situaciones sociales determinadas.

-Puede manifestarse como preocupación a ruborizarse, a tener temblor de manos, náuseas (temor a vomitar en público), necesidad imperiosa de micción y a veces la persona está convencida de que el problema primario es alguna de estas manifestaciones secundarias de su ansiedad.

-Algunas de las fobias sociales son restringidas (por ejemplo, a comer en público, a hablar en público o a encuentros con el sexo contrario), otras son difusas y abarcan casi todas las situaciones sociales fuera del círculo familiar.

-Suelen comenzar en la adolescencia y, al contrario que la mayoría de las fobias, las fobias sociales se presentan con igual frecuencia en varones y en mujeres.

-Las fobias sociales suelen acompañarse de una baja autoestima y de miedo a las críticas. Los síntomas pueden desembocar en crisis de pánico.

-La conducta de evitación suele ser intensa y en los casos extremos puede llevar a un aislamiento social casi absoluto.

10.11. AGORAFOBIA

-Se caracteriza por presentar temor a lugares abiertos y también a otros relacionados con ellos, como temores a las multitudes o a la dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar seguro (por lo general el hogar). multitudes, o a tener dificultades para escapar con rapidez a un sitio seguro.

-El término abarca un conjunto de fobias relacionadas entre sí, entre ellos temores a salir del hogar, a entrar en tiendas o almacenes, a las multitudes, a los lugares públicos y a viajar solo en trenes, autobuses o aviones.

-Aunque la gravedad de la ansiedad (que puede llegar al pánico) y la intensidad de la conducta de evitación son variables, éste es el más incapacitante de los trastornos fóbicos y algunos individuos llegan a quedar completamente confinados en su casa.

-A muchos enfermos les aterra pensar en la posibilidad de poder desmayarse o quedarse solos, sin ayuda, en público. La vivencia de la falta de una salida inmediata es uno de los rasgos clave de muchas de las situaciones que inducen la agorafobia.

-Están presentes a menudo síntomas depresivos y obsesivos y fobias sociales, pero no predominan en el cuadro clínico.

-En ausencia de un tratamiento efectivo la agorafobia suele cronificarse, aunque su intensidad puede ser fluctuante.

-Suele iniciarse al principio edad adulta y es más frecuente en mujeres.

10.12. FOBIA ESPECÍFICA

-Se trata de fobias restringidas a estímulos fóbicos, situaciones muy específicas, tales como: la proximidad de animales determinados, las alturas, los truenos, la oscuridad, a viajar en avión, a los espacios cerrados, a tener que utilizar urinarios públicos, a ingerir ciertos alimentos, a acudir al dentista, a la visión de sangre o de heridas o al contagio de enfermedades concretas.

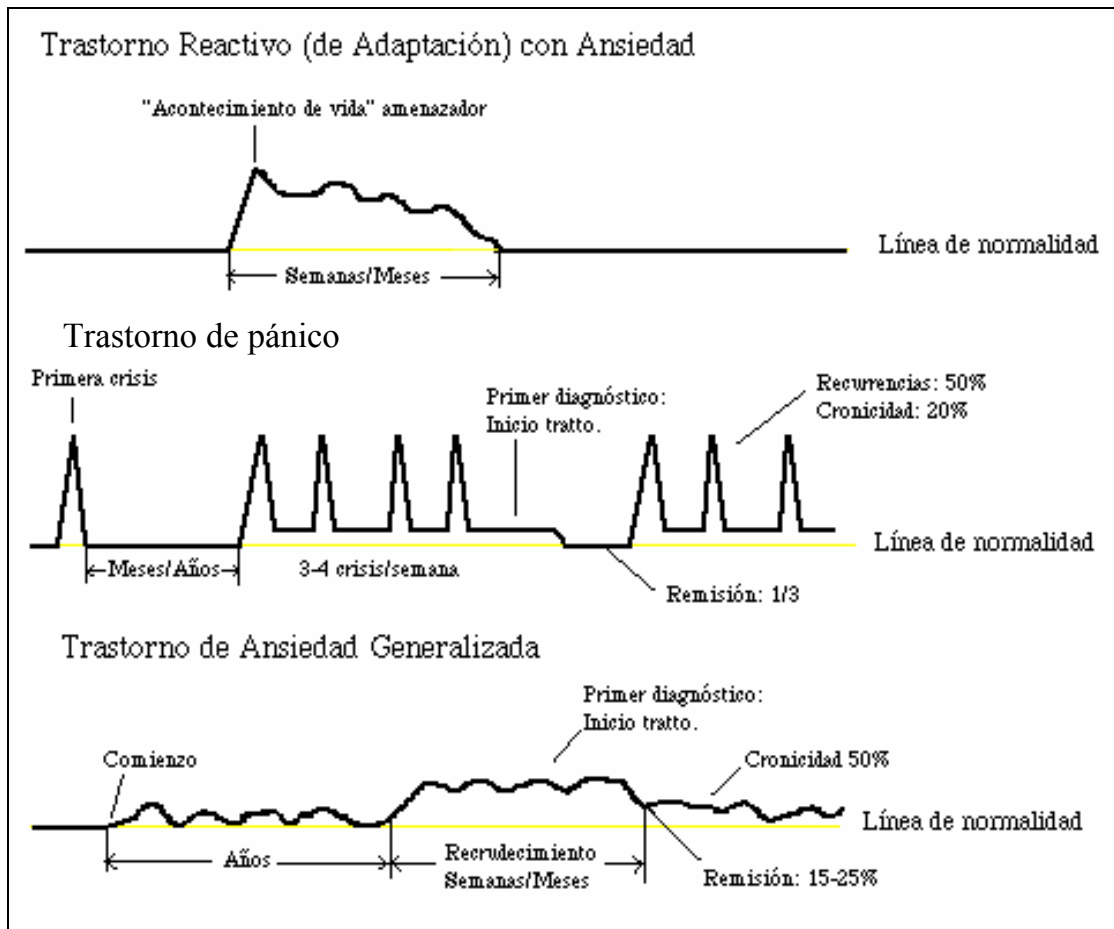
-Aunque la situación desencadenante sea muy específica y concreta, su presencia puede producir pánico como en la agorafobia y en las fobias sociales.

-Las fobias específicas suelen presentarse por primera vez en la infancia o al comienzo de la vida adulta y, si no son tratadas, pueden persistir durante décadas. Son más frecuentes en mujeres (2:1).

-El grado de incapacidad que producen depende de lo fácil que sea para el enfermo evitar la situación fóbica.

-El temor a la situación fóbica tiende a ser estable, al contrario de lo que sucede en la agorafobia.

10.13. EL CURSO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD



ETIOLOGÍA

(ver esquema 2.6)

10.14. ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Hay factores genéticos, neurofisiológicos y rasgos de personalidad que contribuyen al desarrollo de los trastornos de ansiedad.

-Factores genéticos: Datos más sólidos en trastorno de pánico (familiares de primer rango mayor riesgo x4 a x8), peor documentados en TAG.

-Neurotransmisión cerebral: Los sistemas neurotransmisores implicados son tres: noradrenalina, serotonina y ácido gamma-aminobutírico (GABA).

-Etiología psicológica: Experiencias traumáticas y eventos adversos en etapas de desarrollo. Personalidad.

-Etiología social:

+Riesgos de salud (enfermedad como estresor).

+Problemas sociales y laborales: amenazas de despidos, paro / riesgos académicos ("edad- dependientes") / "soporte social" deficiente.

+Riesgos familiares.

+Ambiente social estresante.

+Acontecimientos vitales (que impliquen riesgo / amenaza).

10.15. EL JUICIO ETIOLÓGICO EN LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD

(ver esquema 9.11)

DIAGNÓSTICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

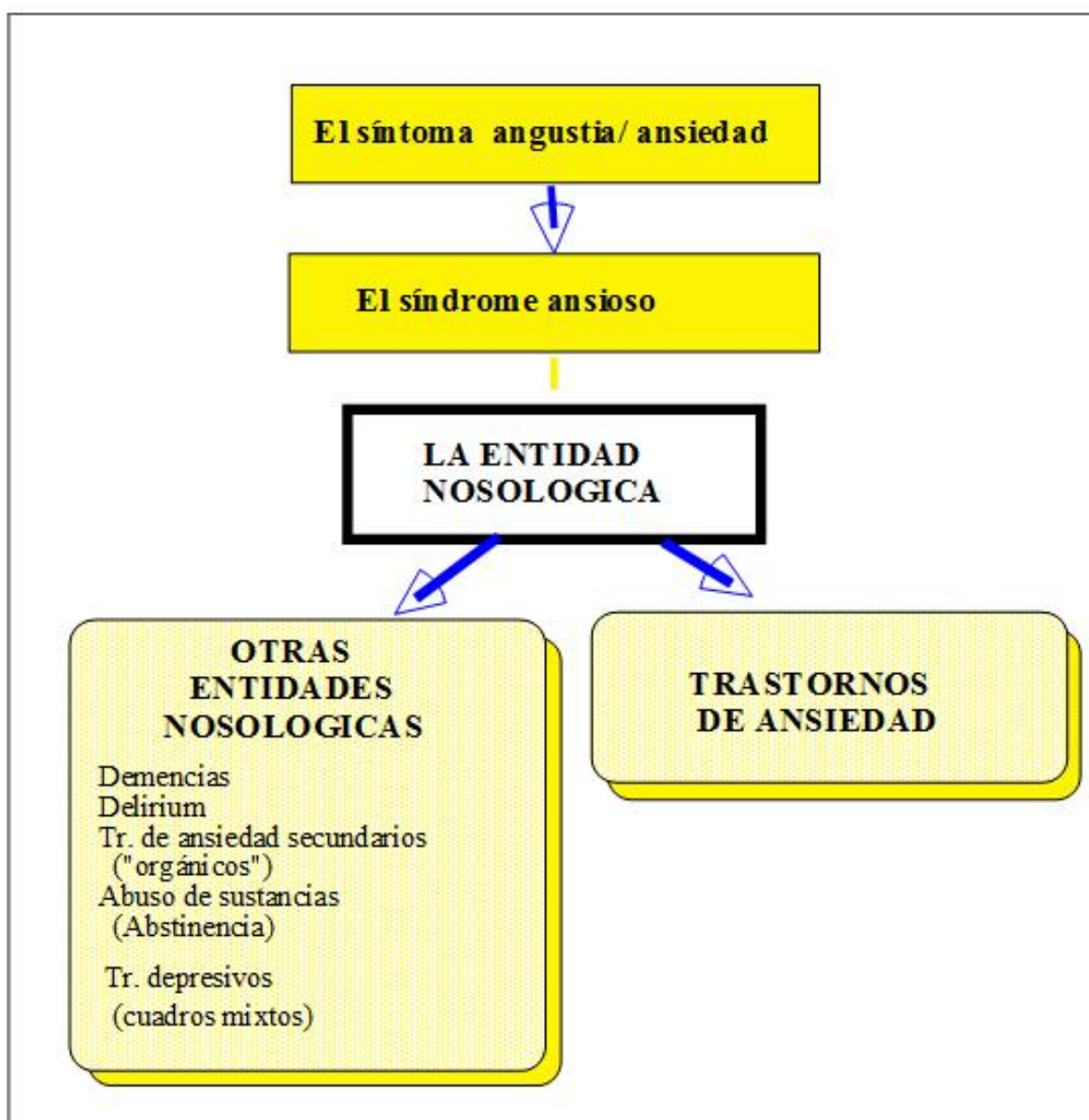
10.16. INFRADETECCIÓN DE TRASTORNOS PSÍQUICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. FACTORES RELACIONADOS

(ver esquema 9.13)

10.17. INFRADETECCIÓN DE TRASTORNOS PSÍQUICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. IMPORTANCIA E IMPLICACIONES

(ver esquema 9.14)

10.18. LA ENTIDAD NOSOLÓGICA



10.19. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

•Trastornos Orgánicos:

- Demencias*: Puede haber SDM de ansiedad (¿agitación?)... pero hay SDM demencial.
- Delirium** : SDM ansiedad (¿agitación?)... pero SDM delirium.
- "Otros" **: Trastornos "orgánicos" de ansiedad (amplio espectro de trastornos médicos).

•Abuso de sustancias:

- SDM Abstinencia***: Alcohol, Opiáceos, Tranquilizantes.
- Intoxicaciones*:
 - +Grupos de riesgo.
 - +Evidencia del abuso.
 - +Atención a psicofármacos "legales".

•Trastornos "endógenos" (TPBO):

- EQZ** : SDM ansiedad (¿ansiedad psicótica?)... pero otras manifestaciones de EQZ.
- Depresión** :
 - +A menudo coexiste un SDM ansiedad... pero predomina el SDM depresivo.
 - +Posible co-morbilidad, cuadros mixtos.

•Neurosis, etc.:

- Distimia** , Tr. Depresivos de adaptación (Tr. Mixtos, Co-morbilidad).

-Trastornos fóbicos**:

- +Ansiedad exclusivamente (o predominante) en situaciones concretas ("fóbicas").
- +Evitación.
- +Pueden reconocer que la ansiedad/miedo es irracional.
- +Esto no les alivia los síntomas.
- +Pueden tener crisis de pánico en la situación fóbica:

-Trastorno Obsesivo-Compulsivo**:

- +Con pensamientos / ideas obsesivos: Recurrentes, irrumpen contra la voluntad del individuo, desagradables, reconocidos como propios, resistencia ineficaz contra su irrupción.
- +Con actos / rituales compulsivos: Conductas estereotipadas, recurrentes, función de prevenir / conjurar peligros, reconocido como carente de sentido.
- +Ansiedad que puede ser muy intensa.

-Reacciones a estrés grave***: Indispensable como factor etiológico un acontecimiento biográfico excepcionalmente estresante.

-Reacción a estrés agudo***: Relación clara e inmediata con el estresor:

- +Síntomas mezclados (incluye ansiedad) y cambiantes.
- +Resolución en horas / pocos días.

-Trastornos de estrés postraumático** : Dentro de los 6 meses post-estrés:

- +Evocación / representaciones reiteradas del evento.
- +Síntomas emocionales (incluyen ansiedad).

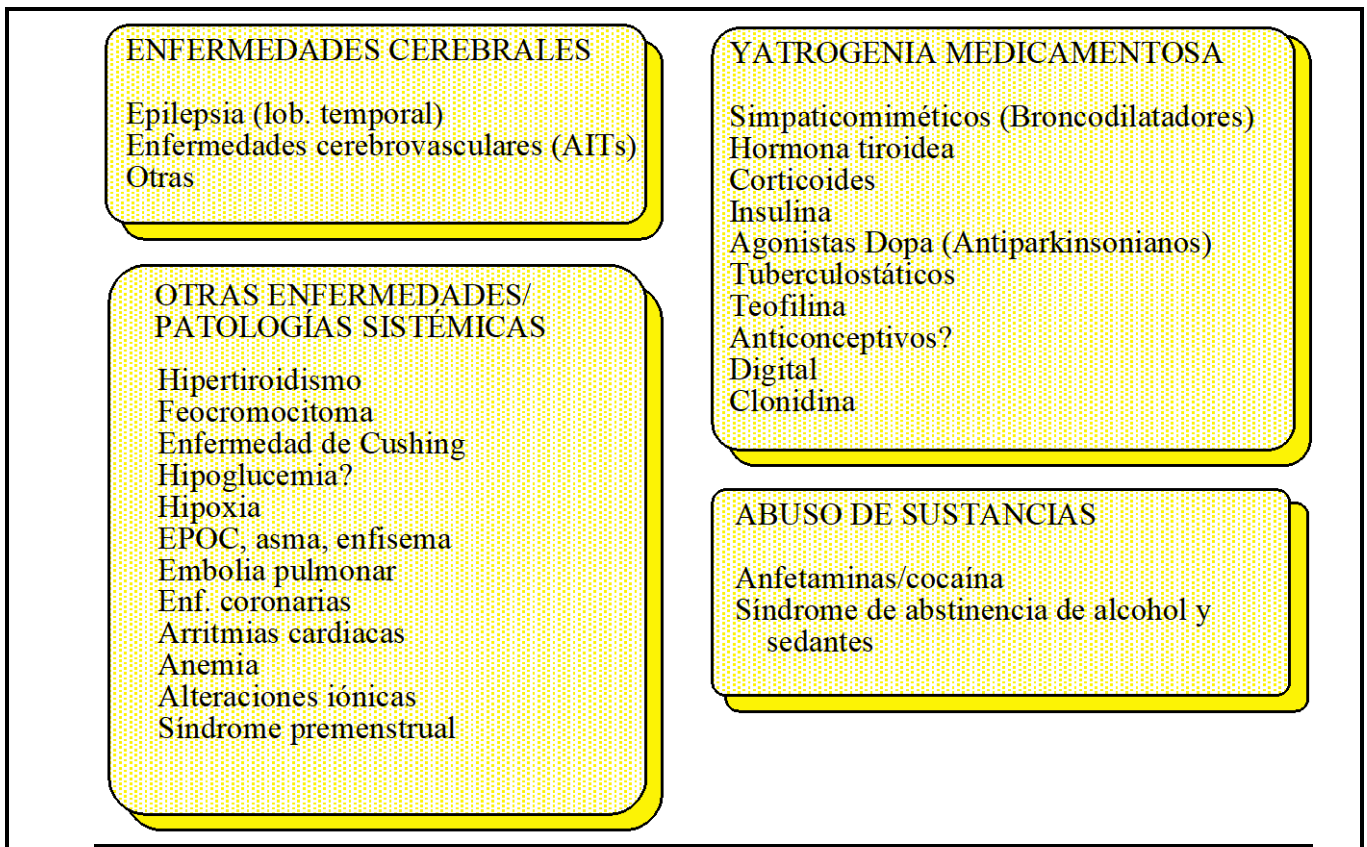
-Neurastenia:

- +Predomina el SDM respectivo... pero frecuente comorbilidad:
- ¿Problema académico más que clínico?

•Trastornos de personalidad:

- ¿Personalidad "ansiosa"? *
- Co-morbilidad frecuente (*Eje II*): Personalidad neurótica (Factor "N"), etc.

10.20. TRASTORNOS “ORGÁNICOS” DE ANSIEDAD SECUNDARIOS A ENFERMEDAD O TRASTORNO SOMÁTICO



10.21. LA REALIDAD DE LOS CUADROS MIXTOS ANSIOSO-DEPRESIVOS

- Reconocidos en CIE-10 (O.M.S.):
 - “Lo más frecuente en Atención Primaria”.
- Frecuente en nuestro medio (Estudio Zaragoza).
- No bien detectados (30%).
- Complicación diagnóstica.
- Desafían los modelos “categoriales” de enfermedad.
- Implicaciones:
 - Más riesgos (Depresión, Trastorno de pánico).
 - Importante asociación con problemática social.
 - Más disfunción, estrés crónico.
 - Importantes implicaciones preventivas.
- Complican el tratamiento.

TRATAMIENTO

10.22. PRINCIPIOS GENERALES DEL TRATAMIENTO

(ver esquema 9.17)

10.23. ESQUEMA GENERAL

(ver esquema 2.7)

10.24. MORBILIDAD PSÍQUICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

(ver esquema 9.18)

10.25. CÓMO COMUNICAR EL DIAGNÓSTICO

(ver esquema 9.19)

10.26. TRASTORNOS DE ANSIEDAD / ANGUSTIA TRATAMIENTO POR NO PSIQUIATRA

- Diagnóstico claro.
- Primera evaluación, cuadro no grave.
- Crisis/episodios anteriores, no complicados.
- Reticencias hacia el psiquiatra.
- Seguridad en sí mismo.
- Capacidad de informar sobre el trastorno.

10.27. CUÁNDO Y CÓMO REMITIR UN PACIENTE AL ESPECIALISTA

(ver esquema 9.20)

10.28. ANSIEDAD / ANGUSTIA CUÁNDO SE DEBE TRATAR FARMACOLÓGICAMENTE

Prevalencia mundial: 10% adultos (7-17%).

- Estado de angustia / ansiedad (SDM completo).
- Moderadamente / gravemente incapacitante.
- Angustia / ansiedad generalizada: 1+ semanas.
- Crisis: tratamiento inmediato.
- No somatógico / secundario (o inabordable).
- No psico / sociógeno (o inabordable).

10.29. TRATAMIENTO ANSIOLÍTICO. PRINCIPIOS GENERALES

- Diagnóstico adecuado:
Ser conservador!
- Esquema terapéutico general:
Biológico.
Psico-social.
- Familiarizarse con pocos medicamentos.
- Rápida mejoría, pocos efectos secundarios.
- Dosificación, duración de tratamiento adecuadas:
→ Cambio medicamento.
- **Peligro dependencia!**
-Rango terapéutico.
- Fármacos utilizados:
-Benzodiacepinas.
-Antidepresivos.
-Eutimizantes.
-Otros: Beta-bloqueantes,...

10.30. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD. TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS

•**Técnicas básicas:**

- “Resolución de problemas”.
- “Afrontamiento”.
- Intervenciones familiares.
- Relajación.
- Distracción.
- Medidas higiénicas.
- Autoayuda.

•**Técnicas especializadas:**

- Terapia cognitiva.
- Otras.

10.31. PSICOTERAPIA EN TRASTORNOS DE ANSIEDAD (Fonseca et al, 2021)

Terapia	Evidencia	Recomendación
TAG		
Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)	1++	A
Relajación aplicada	1+	A
Psicoeducación	1+	A
Otras: Autoayuda, Mindfulness	3	D
Trastorno de pánico		
TCC	1++	A
TCC computerizada	1+	A
Terapia de autoayuda	1+	A
Terapia conductual	1+	A
Relajación aplicada	2++	B
Otras: Psicodinámica, ACT, Cognitiva, Mindfulness, Psicoeducación, Apoyo	2+	C
Fobia social		
Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)	1++	A
Terapia de exposición	1+	A
Terapia de autoayuda	1+	A
Entrenamiento en habilidades sociales	1+	A
Terapia psicodinámica	1-	B
Terapia interpersonal	2+	C
Fobia específica		
TCC basada en la exposición	1++	A
Terapia de exposición	1++	A
Terapia de autoayuda	1+	A

10.32. TRASTORNOS DE ANSIEDAD. EL PAPEL DEL TO. PRINCIPIOS GENERALES

1. No hay una única intervención. Individualizar cada abordaje.
2. Validar los sentimientos del paciente (*"entiendo que te sientas así"*).
3. Indagar en la causa.
4. Proporcionar técnicas de manejo de la ansiedad:
 - Enseñar y apoyar las estrategias de automanejo.
 - Ayudar a implementar hábitos de vida y rutinas saludables.
 - Dar información que le ayude a reconocer y responder ante los síntomas.
 - Ayudarle a encontrar posibles factores que precipitan las crisis o el empeoramiento de los síntomas.
 - Favorecer la adherencia al tratamiento integrado.
 - Tendencia a tener un locus de control externo (los acontecimientos que provocan los síntomas dependen del azar; las "amenazas" son probables).
 - Los hábitos (profesionales, familiares...) o roles pueden deteriorarse.
 - Las destrezas para la comunicación e interacción social pueden estar alteradas.

¿Desde dónde se trabaja en TO con los trastornos de ansiedad?

Desde el *sentimiento de culpa*, la *crisis de identidad* (miedo a que el autoconcepto se deteriore) y el consecuente *miedo al castigo o no recompensa*.

10.33. INTERVENCIÓN DESDE TO (I)

1. Las técnicas de Terapia cognitivo-conductual

- Se utilizan las leyes del aprendizaje. Una de las terapias más eficaces.
- Para la TO se trata de pensar en las ocupaciones como conductas, que pueden así modificarse.
- Técnicas más empleadas: exposición, combinada con relajación y entrenamiento en habilidades sociales,
- Aislamiento mental, análisis del problema y crear conductas sustitutivas que sean adaptativas.
- Neutralizar la experiencia estresante, mediante:
 - +Asertividad (manejar el éxito y el fracaso).
 - +Atribución causal (a través de tareas en grupo neutrales: hacer un mural,...).
 - +Resolución de problemas: analizar posibles causas, las consecuencias y las alternativas... eligiendo la mejor decisión.
 - +Neutralización de los efectos psicopatológicos: desensibilización sistematizada (fobia social: conocidos-desconocidos).
 - +Diseñar actividades que impliquen la exposición a los elementos ansiógenos.
 - +Evaluar las situaciones que desencadenan ansiedad y abordar exposición.
 - +Uso de autorregistros, instrucciones...

Tareas a proponer:

- Al principio, actividades conocidas. El terapeuta va reforzando las tareas realizadas con la mirada, asentimiento,...
- Progresivamente, tareas con elementos nuevos y se reducen la frecuencia de los refuerzos para que al final termine realizando tareas nuevas y sin refuerzo.
- Tareas que mejoren empatía en grupo: *collage*, mural, periódico, de menor a mayor responsabilidad.
- Tareas grupales que incluyan el análisis y resolución de problemas. Al principio, se plantean problemas conocidos y sencillos, con pocas alternativas de resolución (cómo ir de un lado a otro de la ciudad, de la forma más cómoda y barata,...). Más adelante, más complejos y con más alternativas. Terminando por toma de decisiones que impliquen relaciones interpersonales.

10.33. INTERVENCIÓN DESDE TO (y II)

2. Rehabilitación cognitiva:

- Terapia cognitiva de Beck, Entrenamiento en autoinstrucciones, Exposición,...
- Diseñar actividades que permitan la exposición a componentes ansiógenos.
- Intervenir en ambientes donde se desencadenen.
- Intervenir en las distintas áreas de ocupación.
- Entrenar destrezas y habilidades (mediante TCC: autorregistros, instrucciones,...).

3. Actividad física:

- Incluirlo como hábito o rutina.
- Psicomotricidad.

4. Habilidades sociales:

- Actividades grupales en el centro de terapia: *role playing*, entrenamiento y devolución por parte del grupo y terapeuta de lo que ha ido bien y lo que no, instrucciones (“soy capaz de hacerlo”), modelado (al ver a los iguales hacerlo con éxito), repetición de ensayos,...
- Actividades grupales en el medio comunitario (conciertos, exposiciones,...).
- Tareas para casa (repetir ensayos solo o en grupo).
- Refuerzo positivo (indispensable para repetir conductas).

5. Técnicas de relajación y visualización:

- Relajación de Jacobson, *mindfulness*,...

10.34. PRONÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

(ver esquema 10.14)

-Trastorno de pánico: Presenta un curso crónico y variable:

- +En un 30-40% de los pacientes remite la sintomatología,
- +En un 50% persiste, pero sin interferir con las actividades cotidianas.
- +En un 10-20% el cuadro clínico se mantiene de forma significativa.
- +La depresión puede complicar el cuadro sintomático en el 40-80% de los pacientes.

-TAG: El curso del TAG es habitualmente crónico y fluctuante:

- +Las recaídas son frecuentes.
- +La remisión prolongada no es habitual.

-Fobias: Trastornos con buen pronóstico si reciben tratamiento adecuado (alta respuesta a intervención psicológica, especialmente a terapia de exposición).

+*Factores que mejoran el pronóstico:* Inicio en edad adulta (mejor que en infancia persistente), Duración corta antes del tratamiento, Buena adherencia terapéutica, Ausencia de comorbilidad psiquiátrica, Apoyo familiar y social adecuado, Intervención con TCC (exposición).

+*Factores que empeoran el pronóstico:* Inicio precoz y curso crónico, Conductas de evitación muy consolidadas, Comorbilidad (depresión, otros trastornos de ansiedad, consumo de sustancias), Rasgos de personalidad evitativa, Falta de tratamiento.

+*Fobia social* (trastorno de ansiedad social): Curso más crónico si no se trata. Puede afectar significativamente el desempeño ocupacional.

+*Agorafobia:* Pronóstico variable; puede cronificarse si se asocia a crisis de pánico y evitación extensa.

+*Fobia específica:* Mejor pronóstico. Alta tasa de remisión con exposición.

Tema 11. Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) y trastornos relacionados.

11.1. OBJETIVOS PARA EL TO

- Proporcionar conceptos generales:
 - En sus distintos grupos nosotáxicos.
 - Por su importancia clínica y epidemiológica.
- Proporcionar un sencillo y único esquema diagnóstico: el enfoque.
- Proporcionar un sencillo esquema etiológico.
- Formar en competencias de cómo actuar con el paciente.
- Facultarle para utilizar unos sencillos principios terapéuticos:
- Proporcionar criterios generales sobre:
 - Los principios del tratamiento por especialistas.
 - Los dilemas científicos y las inquietudes de la investigación.

11.2. CLASIFICACIONES

CIE-10:

-Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

DSM5:

-Tr. obsesivo-compulsivo y otros relacionados (incluye tr. de acumulación, tr. dismórfico corporal, tricotilomanía, tr. de excoiación, otros).

CONCEPTO Y CLÍNICA

11.3. EL SÍNDROME OBSESIVO-COMPULSIVO

(ver esquema 3.25)

11.4. CLÍNICA. CONCEPTOS GENERALES

-Estos trastornos se caracterizan por la presencia de:

+*Obsesiones*: pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos e indeseados.

+*Compulsiones*: son comportamientos repetitivos o actos mentales que un individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse con rigidez.

-Algunos otros trastornos también se caracterizan por preocupaciones y por *comportamientos repetitivos o actos mentales* en respuesta a las preocupaciones.

-Otros trastornos se caracterizan principalmente por *conductas repetitivas recurrentes centradas en el cuerpo* (p. ej., tirar del cabello, pellizcar la piel) e intentos repetidos de disminuir o detener las conductas.

-Hay creciente evidencia de la relación de estos trastornos entre sí, por eso resulta útil clínicamente agrupar estos trastornos. Debemos ser conscientes de las superposiciones y solapamientos. Pero, al mismo tiempo, existen diferencias importantes en los diagnósticos y enfoques de tratamiento entre estos trastornos.

-Además, existen relaciones estrechas entre los trastornos de ansiedad y algunos de los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados (p.ej., TOC).

-Estos trastornos difieren de las preocupaciones y rituales normativos del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los períodos apropiados para el desarrollo.

-La distinción entre la presencia de síntomas subclínicos y un trastorno clínico requiere la evaluación de una serie de factores, incluido el nivel de angustia y el deterioro del funcionamiento del individuo.

11.5. CLÍNICA. TIPOS DE TOC Y RELACIONADOS (I)

1. TOC

-Presencia de obsesiones* (pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes e intrusivos, que generan ansiedad o malestar significativo, la persona intenta ignorarlos o neutralizarlos), compulsiones (conductas repetitivas -lavado, comprobación, orden,...- o actos mentales -rezar, contar-, que se realizan para reducir la ansiedad o prevenir un daño temido y que son excesivas o no están conectadas de forma realista con aquello que pretenden prevenir) o ambas.

-Consumen tiempo (>1 hora/día) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro funcional.

-No atribuible a sustancias o enfermedad médica ni a otro trastorno mental.

-Especificadores:

+Grado de introspección del individuo con respecto a las creencias relacionadas con el trastorno: desde "información buena o aceptable" hasta "información deficiente" e "información ausente/creencias delirantes".

+Relación con tics (se usa cuando una persona tiene antecedentes actuales o pasados de un trastorno de tics).

*Si bien el contenido específico de las obsesiones y compulsiones varía entre los individuos, ciertas dimensiones de los síntomas son comunes en el TOC, incluidas las de limpieza (obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza); simetría (obsesiones de simetría y compulsiones de repetir, ordenar y contar); pensamientos prohibidos o tabú (p.ej., obsesiones agresivas, sexuales y religiosas y compulsiones relacionadas); y daño (p.ej., temores de daño a sí mismo o a otros y compulsiones de control relacionadas).

2. Trastorno Dismórfico Corporal (TDC)

-Se caracteriza por la preocupación por uno o más defectos percibidos o imperfecciones en la apariencia física que no son observables o parecen leves a los demás, y por comportamientos repetitivos (p. ej., mirarse en el espejo, acicalarse excesivamente, rascarse la piel o buscar tranquilidad) o actos mentales (p. ej., comparar la apariencia propia con la de otras personas) en respuesta a las preocupaciones sobre la apariencia.

-Las preocupaciones por la apariencia no se explican mejor por la preocupación por la grasa corporal o el peso en un individuo con un trastorno alimentario.

-La dismorfia muscular es una forma de trastorno dismórfico corporal que se caracteriza por la creencia de que la estructura corporal de uno es demasiado pequeña o no tiene suficiente musculatura.

3. Trastorno de acumulación

-Se caracteriza por una dificultad persistente para desechar o separarse de posesiones, independientemente de su valor real, como resultado de una fuerte necesidad percibida de guardar los artículos y la angustia asociada con desecharlos.

-Es diferente al coleccionismo normal. Por ejemplo, los síntomas del trastorno de acumulación dan como resultado la acumulación de una gran cantidad de posesiones que congestionan y abarrotan las áreas de vida activa hasta el punto de que su uso previsto se ve sustancialmente comprometido.

-La forma de adquisición excesiva del trastorno de acumulación, que caracteriza a la mayoría pero no a todas las personas con trastorno de acumulación, consiste en coleccionar, comprar o robar en exceso artículos que no se necesitan o para los que no hay espacio disponible.

4. Tricotilomanía

-Se caracteriza por arrancarse el cabello de forma recurrente y provocar la caída del cabello, y los intentos repetidos de disminuir o detener el arranque del cabello.

11.5. CLÍNICA. TIPOS DE TOC Y RELACIONADOS (y II)

5. Trastorno de excoriación

-Se caracteriza por el rascado recurrente de la piel que produce lesiones en la piel y los intentos repetidos de disminuir o detener el rascado de la piel.

Los comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo que caracterizan a **estos dos últimos trastornos** no son provocados por obsesiones o preocupaciones; sin embargo, pueden estar precedidos o acompañados de diversos estados emocionales, como sentimientos de ansiedad o aburrimiento. También pueden estar precedidos por una creciente sensación de tensión o pueden conducir a la gratificación, el placer o una sensación de alivio cuando se arranca el cabello o se pellizca la piel. Las personas con estos trastornos pueden tener diversos grados de conciencia de la conducta mientras se involucran en ella, mostrando algunas personas una atención más enfocada en la conducta (con tensión previa y alivio subsiguiente) y otras personas mostrando una conducta más automática (con las conductas que parecen ocurren sin plena conciencia).

6. El TOC y relacionado inducido por sustancias/medicamentos (intoxicación o abstinencia de sustancias/medicamentos)

7. TOC y relacionado debido a otra afección médica

8. Otros TOC y relacionados

-Especificado (p. ej., morderse las uñas, morderse los labios, morderse las mejillas, celos obsesivos, trastorno de referencia olfativo [síndrome de referencia olfativo]).

-No especificado: no cumplen los criterios para un TOC y relacionado específico debido a una presentación atípica, una etiología incierta o falta de información.

11.6. EPIDEMIOLOGÍA

1. TOC

- Prevalencia anual: ~1–2%. Prevalencia a lo largo de la vida: ~2–3%.
- Inicio habitual: adolescencia tardía o adultez temprana.
- Distribución por sexo similar en adultos (ligeramente más frecuente en varones en infancia).

2. Trastorno dismórfico corporal

- Prevalencia: ~1–2% población general.
- Inicio habitual: adolescencia.
- Distribución por sexo relativamente similar (ligera mayor consulta en mujeres).
- Alta comorbilidad con depresión y ansiedad social.

3. Trastorno de acumulación

- Prevalencia: ~2–6%.
- Inicio temprano (adolescencia), curso crónico.
- Más frecuente y grave en adultos mayores.
- Distribución por sexo similar (más frecuente en varones en muestras comunitarias).

4. Tricotilomanía

- Prevalencia: ~1–2%.
- Inicio habitual: pubertad.
- Más frecuente en mujeres en edad adulta.

5. Trastorno de excoriación

- Prevalencia: ~1–2%.
- Inicio frecuente en adolescencia.
- Mayor prevalencia en mujeres.

11.7. ETIOLOGÍA (modelo multifactorial)

1. TOC

-*Biológica*: Agregación familiar moderada (riesgo aumentado en familiares de primer grado). Alteración en circuitos *cortico-estriado-tálamo-corticales*. Implicación serotoninérgica.

-*Psicológica*: Interpretación catastrófica de pensamientos intrusivos normales. Sobreestimación de amenaza. Intolerancia a la incertidumbre. Fusión pensamiento-acción.

-*Ambiental*: Aprendizaje por condicionamiento. Estrés vital como factor precipitante. Estilos educativos rígidos o hiperresponsabilizantes (factor modulador, no causal único).

2. Trastorno dismórfico corporal

-Vulnerabilidad biológica (similitudes con TOC).

-Sesgos cognitivos sobre imagen corporal.

-Perfeccionismo y sobrevaloración del aspecto físico.

-Factores socioculturales (presión estética).

3. Trastorno de acumulación

-Déficits en toma de decisiones y categorización.

-Apego emocional excesivo a objetos.

-Creencias disfuncionales sobre utilidad o valor sentimental.

-Posible asociación con disfunción en circuitos frontales.

4. Tricotilomanía

-Regulación emocional deficiente.

-Conducta automática o focal ante tensión.

-Refuerzo negativo (disminución de ansiedad).

-Posible base neurobiológica similar a trastornos del espectro obsesivo.

5. Trastorno de excoriación

-Conducta repetitiva centrada en el cuerpo.

-Regulación emocional y reducción de tensión.

-Impulsividad y hábitos automáticos.

-Factores dermatológicos pueden actuar como desencadenantes.

11.8. CONSECUENCIAS FUNCIONALES

1. TOC

-*Actividades de la vida diaria*: Lentificación extrema (rituales prolongados). Dificultad para completar tareas. Repetición constante de actividades.

+*Rol familiar*: Acomodación familiar (participación en rituales). Conflictos interpersonales.

+*Desempeño laboral/académico*: Disminución de la productividad. Absentismo. Evitación de determinadas tareas o espacios.

+*Impacto emocional*: Ansiedad crónica. Culpa, vergüenza. Riesgo aumentado de depresión comórbida.

2. Trastorno dismórfico corporal

-Evitación social y laboral.

-Ritualización (espejos, camuflaje).

-Baja autoestima e ideación suicida elevada.

-Deterioro significativo en relaciones y desempeño ocupacional.

3. Trastorno de acumulación

-Colapso del espacio doméstico (riesgo sanitario y estructural).

-Conflictos familiares.

-Riesgo de aislamiento social.

-Problemas legales o de convivencia.

-Grave afectación de AVD instrumentales.

4. Tricotilomanía

-Alopecia visible → vergüenza y evitación social.

-Deterioro de autoestima.

-Tiempo invertido en arrancado y camuflaje.

-Impacto en relaciones interpersonales.

5. Trastorno de excoiación

-Lesiones cutáneas e infecciones.

-Vergüenza, ocultación corporal.

-Evitación social.

-Interferencia en actividades que implican exposición corporal.

-Impacto significativo en imagen corporal y desempeño social.

11.9. CURSO CLÍNICO

1. TOC

- Frecuentemente crónico, con fluctuaciones:
 - +Sin tratamiento: tendencia a cronificación.
 - +Con tratamiento adecuado (TCC + ISRS): mejoría significativa en gran parte de los casos.

2. Trastorno dismórfico corporal

- Habitualmente crónico si no se trata.
- Fluctuante, con exacerbaciones ante estresores.
- Riesgo elevado de ideación e intentos autolíticos.
- Puede haber búsqueda repetida de tratamientos estéticos sin satisfacción.

3. Trastorno de acumulación

- Progresivo y crónico.
- Empeora con la edad.
- Escasa conciencia de problema en muchos casos.
- Rara remisión espontánea.

4. Tricotilomanía

- Crónico con fluctuaciones.
- Puede iniciarse de forma episódica y consolidarse como hábito.
- Empeora con estrés.
- Algunos casos mejoran en la adultez temprana.

5. Trastorno de excoriación

- Crónico y fluctuante.
- Periodos de exacerbación ante estrés.
- Puede volverse altamente automatizado.
- Remisión espontánea poco frecuente.

11.10. ALGORITMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL(en 10 pasos)

1. ¿Existen **pensamientos intrusivos, repetitivos, egodistónicos**, que generan ansiedad?
-Sí → Paso 2.
-No → Paso 5.
2. ¿La persona realiza **conductas o actos mentales para neutralizar** esos pensamientos?
-Sí → Probable **TOC**.
-No → Paso 3.
3. ¿La preocupación se centra exclusivamente en un **defecto físico percibido**?
-Sí → Trastorno dismórfico corporal.
-No → Paso 4.
4. ¿La preocupación es una **convicción fija delirante** sin insight?
-Sí → Considerar trastorno delirante somático.
-No → Reevaluar ansiedad u otros trastornos.
5. ¿La conducta principal es **dificultad para desechar objetos**, acumulando de forma persistente?
-Sí → Trastorno por acumulación.
-No → Paso 6.
6. ¿Existe **arrancamiento recurrente de cabello** con intentos fallidos de control?
-Sí → Tricotilomanía.
-No → Paso 7.
7. ¿Existe **rascado/pellizcado recurrente de la piel** con lesiones visibles?
-Sí → Trastorno por excoriación.
-No → Paso 8.
8. ¿La conducta repetitiva es para **reducir tensión interna automática**, sin obsesión elaborada previa?
-Sí → Pensar en trastorno de conducta repetitiva centrada en el cuerpo.
-No → Paso 9.
9. ¿El problema central es **miedo circunscrito a objeto/situación con evitación**, sin rituales complejos?
-Sí → Fobia específica.
-No → Paso 10.
10. ¿La acumulación o repetición se explica mejor por deterioro cognoscitivo, psicosis o consumo de sustancias?
-Sí → Diagnóstico secundario.
-No → Reevaluar espectro obsesivo-compulsivo.

11.11. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. TOC

-Trastorno depresivo mayor → rumiaciones congruentes con ánimo deprimido, sin rituales.

-Trastorno de ansiedad generalizada → preocupación múltiple y generalizada, sin compulsiones.

-Fobia específica → miedo circunscrito + evitación; no hay rituales neutralizadores complejos.

-Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad → rasgos egosintónicos, no intrusivos.

2. Trastorno dismórfico corporal

-Delirio somático → convicción delirante fija sin *insight*.

-Ansiedad social → miedo a evaluación negativa general, no defecto físico específico.

-Trastorno obsesivo-compulsivo → en TOC el contenido es variado; aquí está focalizado en apariencia.

-Trastornos alimentarios → preocupación centrada en peso/figura corporal global.

3. Trastorno de acumulación

-Demencia → acumulación por deterioro cognoscitivo.

-Episodio psicótico → acumulación por ideas delirantes.

-Trastorno obsesivo-compulsivo → en TOC la acumulación responde a obsesión específica; aquí es patrón persistente autónomo.

-Coleccionismo normal → no hay deterioro funcional ni angustia significativa.

4. Tricotilomanía

-Trastornos dermatológicos → caída de cabello no autoinfligida.

-Trastorno obsesivo-compulsivo → en TOC el acto neutraliza obsesión cognitiva; aquí suele ser conducta impulsiva/hábito.

-Conductas autolesivas (en TLP) → motivación distinta (regulación emocional intensa, no hábito repetitivo específico).

5. Trastorno de excoriación

-Patología dermatológica primaria.

-Consumo de sustancias (cocaína, anfetaminas).

-Conducta autolesiva deliberada.

-Trastorno obsesivo-compulsivo → en excoriación suele ser conducta automática sin obsesión previa elaborada.

Clave comparativa del razonamiento clínico

Trastorno	Núcleo psicopatológico	¿Hay obsesión cognitiva elaborada previa?	Tipo de conducta
TOC	Intrusión + neutralización	Sí	Compulsiva
Dismórfico corporal	Imagen corporal	Sí (focalizada en defecto)	Ritualizada
Acumulación	Dificultad para desechar	No necesariamente	Conservación persistente
Tricotilomanía	Tensión/hábito	No elaborada	Impulsiva/automática
Excoriación	Tensión/hábito	No elaborada	Impulsiva/automática

TRATAMIENTO
(ver esquema 2.7)

11.12. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Trastorno	Fármaco de primera línea	Alternativas / segunda línea	Comentarios clínicos clave
TOC	ISRS (fluoxetina, sertralina, fluvoxamina, paroxetina, escitalopram)	Clomipramina; potenciación con antipsicóticos atípicos (p. ej., aripiprazol, risperidona)	Dosis más altas que en depresión; respuesta tarda 8–12 semanas; combinar con TCC (EPR)
Trastorno dismórfico corporal	ISRS	Clomipramina; potenciación antipsicótica si ideas casi delirantes	Necesarias dosis altas; mejora tanto obsesión como rituales
Trastorno por acumulación	ISRS (evidencia limitada)	Venlafaxina (algunos estudios)	Respuesta farmacológica modesta; intervención psicológica es central
Tricotilomanía	No hay fármaco claramente de primera línea	N-acetilcisteína; ISRS (beneficio variable); clomipramina	Evidencia mixta; tratamiento conductual (reversión de hábito) es fundamental
Trastorno por excoriación	N-acetilcisteína	ISRS (resultados variables)	Similar a tricotilomanía; eficacia farmacológica moderada

-ISRS = base farmacológica del TOC y dismórfico corporal.

-Clomipramina (tricíclico serotoninérgico) es eficaz, pero con más efectos adversos.

-En TOC resistente → potenciación con antipsicóticos atípicos.

-En acumulación y trastornos de conducta repetitiva corporal → respuesta farmacológica menos robusta.

-El tratamiento psicológico es fundamental en todos.

11.13. PSICOTERAPIA EN TOC
(Fonseca et al, 2021)

Terapia	Nivel evidencia	Grado recomendación*
EPR / TCC	1++	A
Farmacoterapia	1++	A
Terapia metacognitiva	2+	C
TAC	2+	C
Mindfulness	2-	D

*A: Tratamiento bien establecido.

B: Tratamiento posiblemente eficaz.

C: Tratamiento probablemente eficaz.

D: Tratamiento experimental.

11.14. TERAPIA DE EXPOSICIÓN CON PREVENCIÓN DE RESPUESTA (EPR, Meyer)

Componentes

1. **Exposición:** Disminuir ansiedad y malestar de las obsesiones.
2. **Prevención respuesta:** Superar / bloquear conductas compulsivas.
3. **Aprendizaje inhibitorio** (Abramowitz, 2018): Generar nuevas relaciones entre los estímulos evocadores del miedo y la ausencia de amenaza.

Variantes de la EPR

1. **Exposición en imaginación:** Potencia la EPR, más eficaz en sujetos que temen las consecuencias de sus obsesiones.
2. **Presencia del terapeuta:** Autoexposición es eficaz, pero mejora con un mínimo contacto / presencia del terapeuta durante la exposición.
3. **Aplicación en grupo:** No hay diferencias en eficacia, pero disminuye abandonos de la terapia.
4. **Número de sesiones:** Inicialmente, una sesión diaria durante 3 semanas (total: 15 sesiones). Actualmente, 2 sesiones por semana, reducción nº total sesiones.
5. **Motivación para el tratamiento:** junto con las expectativas de resultados, ambos son predictores de éxito terapéutico
6. **Participación de familiares:** Sin datos concluyentes.
7. **Aplicación a través de internet:** Se requieren más estudios.

11.15. OTROS ENFOQUES PSICOTERAPÉUTICOS EN TOC

1. **Terapia cognitivo-conductual (TCC):** Psicoeducación, técnicas cognitivas, parada de pensamiento y EPR.
2. **Terapia cognitiva** (Entrenamiento en autoinstrucciones, terapia racional emotiva o terapia cognitiva de Beck): como parte de la EPR, para re-evaluar las creencias obsesivas, sobreestimación de amenazas, perfeccionismo, etc.
3. **Terapia metacognitiva:** Se precisan más estudios.
4. **Terapia de aceptación y compromiso:** Se precisan más estudios.
5. **Terapia basada en mindfulness:** No justificada su aplicación en TOC.

11.16. EFICACIA / ABANDONOS DE LA TERAPIA

1. **Terapia cognitivo-conductual (TCC):** 15.6% la rechazan y otro 15.9% la abandonan prematuramente.
2. **EPR:** 10.2% la abandonan prematuramente.
3. **Psicofármacos:** tasa de abandono entre un 17.9% y un 22.0%.

11.17. PAPEL DEL TO EN TOC Y TRASTORNOS RELACIONADOS. PRINCIPIOS GENERALES

1. Enfoque centrado en la ocupación y el desempeño

-Objetivo: restaurar un desempeño significativo, no sólo reducir síntomas.

-Identificar áreas ocupacionales afectadas:

- +Actividades instrumentales de la vida diaria (AVD).
- +Rol laboral/académico.
- +Ocio y participación social.

-Analizar:

- +Tiempo invertido en rituales.
- +Evitación ocupacional.
- +Interferencia funcional real.

2. Análisis funcional de la conducta

-Objetivo: intervenir sobre el ciclo ocupacional disfuncional, identificando:

- +Desencadenantes.
- +Conducta problema (ritual, acumulación, arrancamiento, rascado).
- +Consecuencia (reducción ansiedad).
- +Detectar refuerzos negativos que mantienen el problema.

3. Intervención sobre hábitos y rutinas

-Objetivo: recuperar espontaneidad y eficiencia ocupacional.

-Reestructuración de rutinas rígidas.

-Entrenamiento en flexibilidad cognitivo-conductual aplicada a tareas reales.

-Trabajo sobre:

- +Secuenciación.
- +Tolerancia a la imperfección.
- +Reducción progresiva de rituales.

4. Exposición funcional en contextos reales (siempre coordinado con el equipo clínico):

-Objetivo: generalizar logros terapéuticos a la vida diaria.

-Exposición graduada en:

- +AVD reales (limpieza, cocina, cuidado hijos).
- +Espacios sociales.

-Prevención de respuesta en tareas cotidianas.

5. Regulación emocional y estrategias alternativas

-Objetivo: reducir dependencia de rituales como estrategia de regulación.

-Entrenamiento en:

- +Tolerancia al malestar.
- +Sustitución de conductas repetitivas.
- +Técnicas de autocontrol aplicadas a ocupaciones.
- +Actividades reguladoras adaptativas.

6. Trabajo con el entorno y la familia

-Objetivo: evitar mantenimiento ambiental del trastorno.

-Psicoeducación.

-Reducción de acomodación familiar.

-Entrenamiento en apoyo sin reforzar compulsiones.

7. Prevención de deterioro ocupacional secundario

-Evitar:

- +Aislamiento social.
- +Pérdida de roles.
- +Cronificación de evitación.

-Fomentar participación progresiva.

8. Interdisciplinariedad

-Coordinación con: Psiquiatría (tratamiento farmacológico) y Psicología (TCC / EPR).

-El TO no sustituye, complementa.

Tema 12. Trastornos disociativos.

12.1. OBJETIVOS PARA EL TO

- Enfatizar la importancia clínica y epidemiológica del problema.
- Proporcionar ...
 - Conceptos generales.
 - Un sencillo esquema clínico y clasificatorio.
 - Un sencillo esquema etiológico.
- Insistir en los aspectos psico-sociales.
- Enfatizar modelos de “historia vital” y “cuantitativo”.
- Proporcionar criterios generales sobre:
 - Enfatizar la importancia de la psicoterapia básica.
 - Los principios del tratamiento psicoterapéutico por especialistas.
 - Los dilemas científicos y las inquietudes de la investigación.
- Enfatizar la relevancia del TO en el abordaje de estos trastornos.

12.2. CLASIFICACIÓN

	CIE-10	DSM5
Nombre del grupo diagnóstico	Trastornos disociativos (de conversión)	Trastornos disociativos
Concepto general	Integra fenómenos disociativos y de conversión como un mismo grupo.	Separa claramente los trastornos disociativos de los trastornos de síntomas somáticos (donde se ubican los de conversión).
Amnesia disociativa	Incluida.	Incluida; puede especificarse con fuga disociativa.
Fuga disociativa	Diagnóstico independiente.	No es diagnóstico propio; se considera especificador de amnesia disociativa.
Estupor disociativo	Incluido dentro de los trastornos disociativos.	No aparece como categoría formal.
Trastornos de trance y posesión	Incluidos dentro de los trastornos disociativos.	No aparecen como categoría formal.
Trastornos motores y sensoriales de conversión	Incluidos dentro del mismo grupo disociativo: Incluye Trastornos disociativos de la motilidad, Convulsiones disociativas y Anestiasias y pérdidas sensoriales disociativas	Clasificados aparte como trastorno de síntomas neurológicos funcionales (conversión) dentro de trastornos somáticos.
Trastorno de identidad disociativo	Sí aparece (llamado <i>trastorno de personalidad múltiple</i> en versiones previas, luego identidad disociativa).	Trastorno de identidad disociativo con criterios más detallados (alteraciones de identidad + amnesia).
Despersonalización / desrealización	Despersonalización incluida dentro de otros trastornos neuróticos.	Trastorno de despersonalización/desrealización como diagnóstico propio.
Otros / no especificados	Categoría residual de trastorno disociativo no especificado.	“Otro trastorno disociativo especificado” y “no especificado”.

CONCEPTO Y CLÍNICA

12.3. SÍNDROME DE “CONVERSIÓN” / “DISOCIACIÓN” (ver esquema 3.24)

12.4. CLÍNICA DE LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS/CONVERSIVOS

La **disociación** es un mecanismo psicológico de defensa en el cual la identidad, memoria, ideas, sentimientos o percepciones propias se encuentran separadas del conocimiento consciente y no pueden ser recuperadas o experimentadas. Características clínicas:

- Vemos “dramáticas” manifestaciones.
- Podemos ver síntomas / signos neurológicos (“pseudoneurológicos”).
- Inconsistencia / Peculiaridad en la exploración.
- Ausencia de organicidad en los exámenes físicos.
- Sospecha importante de origen psicógeno: ganancias “primarias” (evitación de problemas inconscientes?) + Ganancias “secundarias”.
- Emociones variadas: Desde una “*belle indifférence*” (indiferencia llamativa a la situación) a la exageración.
- A veces, es complicado el diagnóstico diferencial, lo que lleva a un peregrinaje médico.

Los clasificamos en dos tipos:

Trastornos disociativos:

-Amnesia disociativa. El más frecuente. Los olvidos se refieren a episodios biográficos, generalmente episodios traumáticos.

-Fuga disociativa. Sujetos, aparentemente bien adaptados, que llevan a cabo desplazamientos repentinos e inesperados fuera del hogar o de su centro de trabajo, con incapacidad de recordar alguna parte o la totalidad de su historia personal.

-Estupor disociativo. Disminución o ausencia de los movimientos voluntarios o del habla.

-Trastornos de trance y de posesión. Se manifiesta a través de una alteración, temporal y marcada, del estado de consciencia. Una variante es el trance de posesión, caracterizado por el intercambio entre la identidad habitual del individuo y otra nueva que suele atribuirse a un espíritu, poder divino u otra persona.

-Trastornos de la motilidad. Pérdida de la capacidad para realizar los movimientos que normalmente se encuentran bajo control voluntario, incoordinación, ataxia o incapacidad de permanecer de pie sin ayuda. Aquí se incluyen la afasia, afonía y disfonía psicógena.

-Trastornos de personalidad múltiple (trastorno de identidad disociativo). Se caracteriza por la existencia de 2 o más identidades o estados de personalidad en un solo individuo.

-Trastorno de despersonalización. Presencia de episodios persistentes o recidivantes caracterizados por la sensación de extrañeza o distanciamiento de uno mismo.

-Síndrome de Ganser. Síndrome caracterizado por respuestas de aproximación.

Trastornos de conversión:

Se caracterizan por síntomas neurológicos que no son producidos voluntariamente y que son incompatibles con una enfermedad neurológica, pero provocan malestar y/o discapacidad. Los síntomas más frecuentes son:

-Motores: parálisis o paresias (debilidad) de algún miembro, alteraciones en la marcha o movimientos anormales (incluidas pseudoconvulsiones).

-Sensoriales: anestesia o parestesia de las extremidades. No siguen los patrones normales También puede haber alteraciones de los órganos de los sentidos como sordera, ceguera o visión “en túnel”.

12.5. CURSO Y EVOLUCIÓN

1. Curso clínico general de los trastornos disociativos

-Inicio:

- +Frecuentemente agudo o subagudo, incluso dramático en ocasiones.
- +Habitualmente asociado a situaciones de estrés intenso o trauma psicológico.
- +En algunos casos puede aparecer de forma gradual.

-Duración:

- +Variable: desde horas o días hasta meses o años (tendencia a la **cronicidad**).
- +Algunos episodios son transitorios y remiten espontáneamente.

-*Edad de aparición*: Suele iniciarse en adolescencia o adultez temprana, aunque puede aparecer en cualquier edad.

-Factores asociados:

- +Experiencias traumáticas.
- +Conflictos psicológicos intensos.
- +Estrés agudo o crónico.

2. Formas de evolución

-Evolución aguda y remisión rápida:

- +Aparición súbita.
- +Relacionada con un evento estresante identificable.
- +Recuperación rápida cuando desaparece el estresor o con intervención terapéutica.
- +Frecuente en: Amnesia disociativa y Fuga disociativa.

-Evolución episódica o recurrente:

- +Episodios repetidos a lo largo del tiempo.
- +Periodos de remisión parcial o completa entre episodios.
- +Suele desencadenarse por nuevos eventos estresantes.

-Evolución crónica:

- +Síntomas persistentes durante años.
- +Curso fluctuante con exacerbaciones y mejorías.
- +Más frecuente en: Trastorno de identidad disociativo y Trastornos disociativos complejos.

-Evolución con transformación sintomática:

- +Los síntomas cambian de forma con el tiempo.
- +Puede haber paso de:
 - Síntomas disociativos → síntomas somatomorfos.
 - Amnesia → despersonalización/desrealización.

EPIDEMIOLOGÍA

12.6. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Los trastornos disociativos no son extremadamente raros, pero están frecuentemente infradiagnosticados. La prevalencia varía según el subtipo ($\approx 0,1-2\%$) y aumenta notablemente en poblaciones clínicas y personas con antecedentes traumáticos.

1. Prevalencia global

-En conjunto presentan una prevalencia aproximada del 5-10% en población general cuando se incluyen formas subclínicas o síntomas transitorios.

-Prevalencia en población clínica psiquiátrica hasta 46% (síntomas disociativos).

-Las estimaciones son variables debido a: infradiagnóstico, dificultades diagnósticas y/o solapamiento con otros trastornos.

2. Prevalencia según trastorno específico

-*Amnesia disociativa*: Aprox. 1.8-2.0% de la población.

-*Fuga disociativa*: muy rara (aproximadamente 0.1-0.3%).

-*Trastorno de identidad disociativo (TID)*: Aprox. 0.5-1.5% en población general; 1-5% en contextos clínicos.

-*Despersonalización/desrealización*: 0.8-2.0% en población general. Síntomas aislados transitorios muy frecuentes (hasta 50% de la población alguna vez).

3. Distribución por sexo

-Mayor prevalencia en mujeres (aprox. 2:1) en varios trastornos disociativos.

-Algunos trastornos, como despersonalización/desrealización, muestran distribución más equilibrada entre sexos.

4. Edad de inicio

-Inicio más frecuente en: adolescencia y adulto joven.

-Puede manifestarse a cualquier edad, aunque es raro el inicio en la vejez.

5. Factores de riesgo epidemiológicos

-Principales factores asociados:

+Trauma psicológico, especialmente en la infancia.

+Abuso físico, sexual o negligencia.

+Eventos traumáticos intensos.

-Hasta 30-40% personas expuestas a trauma pueden presentar síntomas disociativos.

6. Comorbilidad

-Alta asociación con:

+Trastornos de ansiedad.

+Depresión.

+Trastornos de personalidad (especialmente límite).

+Trastornos relacionados con trauma.

-La prevalencia de síntomas disociativos puede aumentar significativamente en estos grupos clínicos.

ETIOLOGÍA GENERAL

(ver esquema 2.6)

12.7. ETIOLOGÍA

La etiología de los trastornos disociativos se explica mejor mediante un modelo biopsicosocial, donde el trauma (especialmente infantil) interactúa con vulnerabilidades biológicas y factores sociales.

Tipo de factores	Principales elementos etiológicos	Descripción
Biológicos	Vulnerabilidad neurobiológica	Posibles alteraciones en sistemas relacionados con memoria, conciencia y regulación emocional.
	Alteraciones neurofisiológicas	Cambios en el funcionamiento de áreas cerebrales implicadas en memoria y control emocional (por ejemplo, hipocampo o amígdala).
	Respuesta al estrés	Alteraciones en los sistemas neuroendocrinos que regulan la respuesta al estrés.
	Predisposición individual	Diferencias individuales en susceptibilidad a disociar ante situaciones traumáticas.
Psicológicos	Trauma psicológico	Especialmente trauma temprano , abuso físico, sexual o emocional en la infancia.
	Mecanismo defensivo	La disociación funciona como estrategia de afrontamiento para protegerse de experiencias traumáticas.
	Dificultades en integración de la identidad	Problemas para integrar memoria, emociones e identidad personal.
	Estrés psicológico intenso	Situaciones de estrés agudo o conflictos emocionales intensos.
Sociales / ambientales	Contextos de abuso o negligencia	Entornos familiares disfuncionales, violencia o maltrato.
	Experiencias traumáticas externas	Accidentes, guerras, desastres o situaciones altamente estresantes.
	Falta de apoyo social	Escaso soporte familiar o social tras experiencias traumáticas.
	Factores culturales	La cultura puede influir en la forma de expresión de los síntomas disociativos .

DIAGNÓSTICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

12.8. DIAGNÓSTICO

•Antes de establecer el diagnóstico es imprescindible una exploración física completa y un cuidadoso y detallado estudio del estado mental del paciente (es fácil la confusión con otros trastornos psiquiátricos, así como con consumos de tóxicos u otras enfermedades, principalmente de tipo neurológico).

•Solicitar pruebas complementarias: analítica completa con bioquímica, hemograma y hormonas tiroideas, una determinación de tóxicos en orina, un electroencefalograma (EEG) y una prueba de imagen cerebral.

•El **proceso diagnóstico** podemos resumirlo como sigue:

1. Sospecha clínica inicial

-Presencia de síntomas disociativos:

- +Amnesia (lagunas de memoria autobiográfica).
- +Despersonalización (sensación de estar separado de uno mismo).
- +Desrealización (percepción de irrealidad del entorno).
- +Alteración de identidad o identidad múltiple.

-Relación frecuente con trauma o estrés intenso.

2. Evaluación clínica

2.1. Entrevista clínica detallada:

-Historia de:

- +Trauma (abuso, violencia, eventos extremos).
- +Episodios de pérdida de memoria.
- +Cambios en identidad o conducta.

-Evaluación del impacto funcional.

2.2. Exploración psicopatológica:

-Consciencia.

-Memoria.

-Identidad.

-Percepción de la realidad.

3. Uso de instrumentos de evaluación

-DES (Dissociative Experiences Scale) → cribado.

-SCID-D (Structured Clinical Interview for Dissociative Disorders) → evaluación diagnóstica estructurada.

12.9. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Trastornos orgánicos:

•Demencias:

-Amnesia real vs Pseudoamnesia disociativa.

•Delirium:

-Poco común una presentación “neurótica”...pero SDM delirium.

•Otros trastornos orgánicos:

-“Pseudodisociativos”: difícil diagnóstico diferencial (epilepsía, ver esquema 12.10).

-Amplio espectro de trastornos médicos.

Abuso de sustancias:

-SDM's pseudodisociativos: Intoxicaciones.

-Comorbilidad: trastorno “dual”.

Trastornos “endógenos” (TPBO):

•Esquizofrenia: “EQZ pseudoneurótica”:

-SDM's obsesivo-compulsivos, fóbicos, neurasténicos (comienzo EQZ)... Pero atípicos, otras manifestaciones de EQZ.

•Depresión:

-Posible comorbilidad, cuadros mixtos.

Otras neurosis:

-Solapamientos frecuentes:

+Trastornos mixtos, Comorbilidad.

+Modelos “dimensionales / de continuum”, de “historia vital”.

-Diagnóstico a menudo por SDM predominante.

•Distimia:

-Síndromes obsesivos, somatomorfos, neurasténicos.

•Trastornos de ansiedad:

-Síndromes fóbicos, obsesivos, somatomorfos, neurasténicos.

•Reacciones a estrés grave: Atención a:

-Relación temporal con precipitante (indispensable):

+Síntomas / signos específicos.

-Recuerdos intrusivos, etc.

-Evolución aguda / subaguda.

Trastornos de personalidad:

-Personalidad histriónica, narcisista.

Trastorno ficticio (“ficticio”):

+Puede haber lesiones somáticas graves, autoproducidas.

+Dudosa motivación: rol de enfermo (?).

Simulación:

-Producción intencional o fingimiento (voluntarios):

+Síntomas / incapacidades:

-Somáticas / psicológicas.

+Motivación: Eludir responsabilidades, búsqueda de compensaciones.

+Total consciencia del intento de engañar.

12.10. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EPILEPSÍA

EPILEPSIA

Sin precipitantes psicosociales.
Sin **aviso** (quizás aura).
Pérdida **consciencia** inmediata.

Crisis:

“Fase tónica”: Suspende respiración.

“Fase clónica”:

Todas las partes del cuerpo, simetría.

Consistente en distintas crisis.

Cianosis/palidez; pupilas grandes, fijas.

Babinski +/-

Incontinencia, lesiones, mordedura de lengua, volteo de ojos.

Post-crisis:

Sueño profundo.

Náuseas / vómitos, Cefalea, Confusión mental (desorientación, inquietud, incoherencia), Amnesia total (del ataque + varios minutos previos).

EEG+, Pico prolactina en suero.

PSEUDOPILEPSIA

Posibles precipitantes / “ganancias”.

Puede avisar.

Muy dudosa (estupor, responde a estímulos).

No se suspende respiración / Respiración ruidosa.

Movimientos organizados, expresivos, ataques tipo coito, tipo rabietas.

Poco consistente / Puede aumentar si se le sujeta.

No se producen.

Babinski -

No se producen.

Montaje emocional?

No se producen.

No se producen.

TRATAMIENTO

(ver esquema 2.7)

12.11. TRASTORNOS DISOCIATIVOS. QUIÉN DEBE TRATARLOS

1. Casos que pueden ser tratados por no psiquiatras

a) Trastornos disociativos *leves o moderados*:

-Síntomas de despersonalización o desrealización sin gran deterioro funcional.

-Amnesia disociativa limitada (sin fuga prolongada).

-No hay riesgo grave para el paciente.

Tratamiento habitual: Psicoterapia (p.ej., TCC o terapias centradas en trauma).

b) *Ausencia de complicaciones psiquiátricas graves* (esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno depresivo mayor con alto riesgo suicida). Si estas comorbilidades aparecen → Psiquiatría.

c) *No hay necesidad de tratamiento farmacológico*: Los trastornos disociativos no tienen medicación específica. Si el paciente no necesita fármacos, el tratamiento puede ser psicoterapéutico.

d) *Funcionamiento relativamente conservado*: Vida social y laboral relativamente mantenida. Capacidad de *insight* y colaboración en terapia.

2. Casos que deben ser tratados por psiquiatras (o equipo especializado)

a) *Trastornos disociativos graves*, especialmente Trastorno de identidad disociativo y/o Amnesia disociativa con fuga prolongada.

b) *Alto riesgo clínico*: Conducta suicida o autolesiones, Descontrol conductual, Síntomas psicóticos,...

c) *Comorbilidad psiquiátrica relevante*: Trastornos graves del estado de ánimo, Trastornos graves de personalidad (ej.: trastorno límite de la personalidad), Abuso de sustancias.

d) *Necesidad de medicación o ingreso*: Tratamiento farmacológico complejo, Hospitalización.

-Una intervención precoz, de prevención secundaria, puede ser crucial para el devenir de los enfermos; especial mención merece aquí la “**neurosis de renta u ocupacional**”, que puede complicar estos trastornos (además de otras patologías).

12.12. TRATAMIENTO DE URGENCIA

•Motivos:

-Riesgo de suicidio (infrecuente), Agitación psicomotriz, Dramatismo de manifestaciones conversivo / disociativas, Psicopatología aguda, ...

•Serenidad:

-Nunca es "demasiado" urgente.

-Se contagia (igual que la pérdida de la serenidad).

•Dominio de la situación.

•Anamnesis muy focalizada + exploración física.

•Sopesar exploraciones somáticas.

•Medicación "inmediata":

-Tratamiento sintomático:

+Angustia / ansiedad: Ansiolíticos:

+Agitación psicomotriz: Sopesar antipsicóticos.

+ "Psicosis" (pseudopsicosis) (estupor, dramáticas manifestaciones sugerentes): Sopesar antipsicóticos.

•Seguir supervisión: en 30 minutos:

•Asegurar seguimiento, si es preciso por especialista (informe escrito).

12.13. TRASTORNOS DISOCIATIVOS. TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

-Es el tratamiento **fundamental** de estos trastornos.

-Engranaje con **socioterapia** (participación de la familia, intervenciones hacia el entorno, etc.).

-Tratamiento rehabilitador en casos crónicos y resistentes (que pueden ser muy incapacitantes).

-Principios generales de psicoterapia.

-Psicoterapias especializadas:

+En general, la evidencia todavía es limitada, porque hay pocos ensayos controlados y la mayoría de estudios son longitudinales o estudios de casos.

+Aun así, hay consenso clínico sobre algunos enfoques (ver esquema 12.14).

+Muchas intervenciones provienen de la terapia del trauma complejo.

+El tratamiento suele ser largo y multimodal (psicoterapia individual + técnicas de regulación + a veces grupo).

12.14. TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS EN TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Tratamiento psicoterapéutico	Descripción básica	Trastornos donde se usa más	Evidencia científica
Psicoterapia orientada a fases (Phase-Oriented Therapy)	Modelo estándar en 3 fases: 1) estabilización y regulación emocional, 2) procesamiento del trauma, 3) integración de identidades y rehabilitación	Especialmente en Trastorno de identidad disociativo y trastornos disociativos complejos	Mejor evidencia disponible (estudios longitudinales y revisiones sistemáticas; mejora síntomas disociativos, depresión y funcionamiento)
Psicoterapia psicodinámica informada por trauma	Explora conflictos inconscientes, partes del self y trauma temprano; suele integrarse en el modelo por fases	Principalmente en DID y trastornos disociativos complejos	Evidencia moderada-baja, pero considerada un pilar del tratamiento en guías clínicas
Terapia cognitivo-conductual centrada en trauma (TF-CBT)	Reestructuración cognitiva, exposición gradual a recuerdos traumáticos, regulación emocional	Amnesia disociativa, despersonalización/desrealización y comorbilidad con trauma	Evidencia moderada, sobre todo extrapolada del tratamiento del trauma
EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)	Procesamiento de recuerdos traumáticos mediante estimulación bilateral	Casos con trauma significativo; debe adaptarse si hay alta disociación	Evidencia limitada en DD, mayor evidencia en trauma/PTSD; uso cuidadoso recomendado
Terapia de esquemas	Identifica esquemas desadaptativos y "modos" de personalidad; puede trabajar con partes del self	Investigada para DID y trauma complejo	Evidencia preliminar (estudios piloto y casos clínicos)
Psicoterapia de grupo para trauma/disociación	Trabajo en regulación emocional, habilidades interpersonales y normalización	Trastornos disociativos complejos	Evidencia preliminar, útil como complemento
Terapias corporales o somáticas (sensorimotor, etc.)	Trabajo con conciencia corporal y regulación fisiológica	Trauma complejo y síntomas disociativos	Evidencia emergente, aún limitada

12.15. PAPEL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS

1. Enfoque centrado en la funcionalidad

-Objetivo principal: mejorar la participación en las actividades de la vida diaria.

-Ámbitos de intervención:

- +Actividades básicas de la vida diaria (AVD).
- +Actividades instrumentales (gestión del hogar, trabajo, estudio).
- +Rutinas y estructura diaria.

2. Estabilización y regulación emocional

-El terapeuta ocupacional ayuda a desarrollar estrategias para:

- +Regulación emocional.
- +Manejo del estrés.
- +Reducción de episodios disociativos.

-Técnicas frecuentes:

- +Técnicas de *grounding* (anclaje al presente).
- +Actividades sensoriomotoras.
- +Actividades estructuradas.

3. Reintegración ocupacional

-Objetivo: restablecer identidad ocupacional y sentido de continuidad del *self*.

-Promover la recuperación de roles ocupacionales:

- +Rol laboral o académico.
- +Rol social.
- +Actividades de ocio significativas.

4. Desarrollo de habilidades adaptativas

-Entrenamiento en:

- +Organización de actividades.
- +Planificación y manejo del tiempo.
- +Resolución de problemas cotidianos.

-Esto ayuda a compensar: lagunas de memoria, desorganización y dificultades atencionales.

5. Intervención basada en el trauma

-Se basa en el enfoque *trauma-informed care*. Principios clave:

- +Crear entornos seguros y predecibles.
- +Evitar actividades que puedan reactivar trauma.
- +Respetar el ritmo del paciente.

6. Trabajo interdisciplinar

-El terapeuta ocupacional forma parte de un equipo de salud mental junto a: psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, enfermería.

-Se coordinan objetivos terapéuticos.

7. Promoción de autonomía e identidad

-Las actividades ocupacionales ayudan a:

- +Reconstruir sentido de identidad.
- +Aumentar autoeficacia.
- +Mejorar autoestima.
- +Fortalecer continuidad del yo.

-Esto es especialmente importante en el Trastorno de identidad disociativo y otros trastornos disociativos.

12.16. PRONÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS

1. En general, el pronóstico es variable (depende de varios factores clínicos y contextuales):

- Muchos pacientes mejoran con psicoterapia a largo plazo.
- En algunos casos los síntomas pueden cronificarse.
- Factores de buen pronóstico (favorecen la recuperación):
 - +Inicio agudo / Duración breve.
 - +Diagnóstico temprano.
 - +Acceso a tratamiento psicoterapéutico especializado.
 - +Apoyo social y familiar adecuado.
 - +Menor gravedad del trauma inicial.
 - +Buena capacidad de *insight* del paciente.
 - +Funcionamiento premórbido adecuado.
- Factores de buen pronóstico (evolución más complicada):
 - +Inicio temprano de los síntomas.
 - +Retraso en el diagnóstico.
 - +Falta de apoyo social.
 - +Trauma grave o crónico en la infancia.
 - +Alta comorbilidad psiquiátrica (depresión, ansiedad, abuso de sustancias).
 - +Trastornos de personalidad asociados.

2. Pronóstico según el tipo de trastorno

- Amnesia disociativa*:
 - +Generalmente buen pronóstico.
 - +La memoria puede recuperarse de forma gradual o espontánea.
 - +En algunos casos puede persistir cierta amnesia.
- Trastorno de despersonalización/desrealización*:
 - +Puede ser episódico o crónico.
 - +Muchos pacientes aprenden a manejar los síntomas con terapia.
- Trastorno de identidad disociativo*:
 - +Curso crónico en muchos casos.
 - +Mejora posible con psicoterapia prolongada.
 - +Objetivo terapéutico: integración o cooperación entre identidades.

3. Complicaciones posibles: algunos pacientes pueden desarrollar:

- Depresión o ansiedad.
- Conductas autolesivas o suicidas.
- Dificultades laborales o sociales.
- Problemas de identidad persistentes.

Tema 13. Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.

13.1. OBJETIVOS PARA EL TO

- Enfatizar la importancia clínica y epidemiológica del problema.
- Proporcionar ...
 - Conceptos generales.
 - Un sencillo esquema clínico y clasificatorio.
 - Un sencillo esquema etiológico.
- Insistir en los aspectos psico-sociales.
- Enfatizar modelos de "historia vital" y "cuantitativo".
- Proporcionar criterios generales sobre:
 - Enfatizar la importancia de la psicoterapia básica.
 - Los principios del tratamiento psicoterapéutico por especialistas.
 - Los dilemas científicos y las inquietudes de la investigación.
- Enfatizar la relevancia del TO en el abordaje de estos trastornos.

CONCEPTO Y CLÍNICA

13.2. REACCIONES A ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN. CARACTERÍSTICAS COMUNES

1. Factor precipitante

Estos trastornos se caracterizan porque **siempre existe un estresor identificable**:

- Acontecimiento vital estresante intenso (trauma o estrés agudo).
- Cambio vital significativo o situación adversa persistente.

Este estresor actúa como **factor causal directo** del trastorno.

2. Necesidad de afrontamiento

El individuo debe adaptarse o afrontar la situación estresante.

- El afrontamiento es **necesario**, pero **no siempre suficiente** para evitar el trastorno.
- Cuando las estrategias de afrontamiento fallan → aparece el trastorno.

3. Papel del estrés en estos trastornos

- En la mayoría de los trastornos mentales el estrés puede influir pero no siempre es necesario ni suficiente para explicar el trastorno.

- En cambio, en los trastornos por estrés el estresor es el factor etiológico fundamental. Es decir, sin el estresor el trastorno no aparecería.

4. Manifestaciones clínicas frecuentes

Los síntomas más habituales son:

- Ansiedad.
- Depresión.
- Reacciones emocionales intensas.

Estas reacciones suelen considerarse "**comprensibles**" en relación con el estresor.

Estos trastornos se identifican no sólo por la sintomatología y el curso, sino también por uno u otro de los dos factores siguientes:

- Antecedentes de un acontecimiento biográfico, excepcionalmente estresante capaz de producir una reacción a estrés agudo o
- Presencia de un cambio vital significativo, que dé lugar a situaciones desagradables persistentes que llevan a un trastorno de adaptación.

Aunque situaciones de estrés psicosocial más leve ("acontecimientos vitales") puedan precipitar el comienzo o contribuir a la aparición de un amplio rango de trastornos clasificados en otras partes, su importancia etiológica no siempre es clara y en cada caso se encontrará que dependen de factores individuales, a menudo propios de su idiosincrasia, tales como una vulnerabilidad específica.

En otras palabras, el estrés no es un factor ni necesario ni suficiente para explicar la aparición y forma del trastorno. Por el contrario, estos trastornos aparecen siempre como una consecuencia directa de un estrés agudo grave o de una situación traumática sostenida. El acontecimiento estresante o las circunstancias desagradables persistentes son un factor primario y primordial, de tal manera que en su ausencia no se hubiera producido el trastorno.

13.3. CLASIFICACIÓN

Nombre grupo	CIE-10 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación	DSM-5 Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés
Reacción a estrés agudo	Reacción a estrés agudo	Trastorno de estrés agudo
Trastorno de estrés postraumático	Trastorno de estrés postraumático	Trastorno de estrés postraumático
Trastorno de adaptación	Trastornos de adaptación	Trastornos de adaptación
Trastornos de apego en la infancia	Trastorno reactivo de vinculación de la infancia y Trastorno de vinculación desinhibida	Trastorno reactivo del apego y Trastorno de relación social desinhibida
Duelo prolongado	No aparece como diagnóstico independiente	Trastorno de duelo prolongado
Categorías residuales	Otros trastornos de reacción a estrés grave / no especificados	Otros trastornos relacionados con trauma o estrés especificados / no especificados

13.4. REACCIÓN/TRASTORNO DE ESTRÉS AGUDO (REA)

1. Concepto

-Trastorno **transitorio y de aparición inmediata** que surge como respuesta a un **acontecimiento traumático excepcional**.

-Aparece en personas **sin otro trastorno mental previo**.

-Se produce tras una **experiencia extremadamente estresante**.

-Ejemplos de estresores: catástrofes naturales, accidentes graves, violencia (atracos, violaciones), guerra o combate, muerte o amenaza grave a seres queridos, pérdida brusca del entorno o estatus social.

-También puede aparecer por: conocer que el trauma le ocurrió a alguien cercano y por exposición repetida a detalles traumáticos.

2. Criterio temporal

-Los síntomas aparecen **inmediatamente o en minutos tras el trauma**.

-Suelen durar **menos de 3 días**.

-Si duran **más de 1 mes** → puede diagnosticarse Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

3. Factores que influyen en su aparición (no todas las personas expuestas al mismo trauma desarrollan el trastorno):

-*Factores del estresor:*

+Intensidad del acontecimiento traumático.

+Amenaza grave a la vida o integridad física.

-*Factores individuales*

+Vulnerabilidad psicológica.

+Capacidad de afrontamiento.

+Agotamiento físico o factores orgánicos (más frecuente en ancianos).

4. Clínica (síntomas principales)

-*Estado inicial típico:*

+**Embotamiento emocional**.

+Reducción del nivel de consciencia.

+Estrechamiento de la atención.

+Desorientación.

+Dificultad para procesar estímulos.

-*Evoluciones posibles:*

a) **Reacción disociativa:**

+Alejamiento de la realidad.

+Estupor disociativo.

b) **Reacción de activación:**

+Agitación.

+Hiperactividad.

+Reacción de lucha o huida.

-*Síntomas fisiológicos* (similares a una crisis de pánico):

+Taquicardia.

+Sudoración.

+Rubor.

5. Características de los síntomas

-**Muy variables y cambiantes.**

-Pueden aparecer: ansiedad, depresión, ira, desesperación, aislamiento, hiperactividad.

-Ningún síntoma suele predominar durante mucho tiempo.

13.5. TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO (TEPT)

1. Concepto

-Trastorno que aparece como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento traumático de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica.

-El suceso puede implicar: Muerte o amenaza de muerte, Lesión grave, Amenaza a la integridad física propia o de otros.

-Puede producirse por:

+Experimentar o presenciar el acontecimiento.

+Conocer que ha ocurrido a alguien cercano.

+Exposición repetida a detalles traumáticos.

+Ejemplos: catástrofes naturales o provocadas, combates, accidentes graves, terrorismo, tortura, violación o presenciar una muerte violenta.

2. Criterio temporal

-Inicio tras un periodo de latencia que puede durar semanas o meses.

-Debe aparecer dentro de los 6 meses posteriores al acontecimiento traumático.

-Los síntomas duran más de 1 mes.

-Se diferencia del estrés agudo principalmente por la temporalidad (aparición tardía y mayor duración).

3. Factores que influyen en su aparición

-Rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos).

-Antecedentes de enfermedad neurótica.

-Estos factores pueden: Disminuir el umbral de aparición del trastorno o Agravar su evolución.

-No son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del TEPT.

4. Clínica

-Reexperimentación del trauma:

+Recuerdos intrusivos.

+Sueños recurrentes.

+Reviviscencias o reacciones disociativas.

-Evitación:

+Evitación de pensamientos, recuerdos o conversaciones.

+Evitación de personas, lugares o situaciones relacionadas con el trauma.

-Alteraciones cognitivas y emocionales:

+Amnesia disociativa del suceso.

+Cogniciones negativas sobre uno mismo o el mundo.

+Distorsión de causas o consecuencias.

+Estado emocional negativo.

+Disminución del interés o anhedonia.

-Hipervigilancia / hiperactivación: Irritabilidad, Respuesta de sobresalto exagerada, Insomnio, Conductas autodestructivas.

5. Características de los síntomas

-Episodios repetidos de reviviscencia del trauma (recuerdos o sueños).

-Presencia de embotamiento emocional y sensación de desapego de los demás.

-Falta de capacidad de respuesta al entorno.

-Evitación de estímulos que recuerden el trauma.

-Posibles estallidos agudos de miedo, pánico o agresividad ante estímulos evocadores.

-Hiperactividad vegetativa: Hipervigilancia, Incremento del reflejo de sobresalto, Insomnio.

-Frecuente asociación con: Ansiedad, Depresión, Ideación suicida, Consumo excesivo de alcohol o sustancias.

13.6. TRASTORNO DE ADAPTACIÓN

1. Concepto

-Trastorno caracterizado por síntomas emocionales o conductuales que aparecen como respuesta a un factor de estrés identificable.

-Se produce durante el proceso de adaptación a un cambio biográfico significativo o acontecimiento vital estresante.

-El agente estresante puede afectar: Al individuo (enfermedad, pérdida, cambio vital), A la red social (duelo, separación) o Al contexto social o cultural (emigración, condición de refugiado).

-El estresor puede ser:

+Único o múltiple.

+Recurrente (épocas del año).

+Continuo (enfermedad crónica).

-Los síntomas no son lo suficientemente graves como para justificar otro diagnóstico específico.

2. Criterio temporal

-Los síntomas aparecen dentro de los 3 primeros meses tras el acontecimiento estresante.

-Habitualmente el cuadro comienza en el mes posterior al estresor.

-La duración raramente supera los 6 meses.

-Tipos según duración:

+Reacción depresiva breve: duración < 1 mes.

+Reacción depresiva prolongada: duración < 2 años.

+Si dura más de 2 años → distimia.

3. Factores que influyen en su aparición

-Presencia de un acontecimiento estresante identificable (factor imprescindible).

-Predisposición o vulnerabilidad individual, que influye en:

+El riesgo de aparición.

+La forma de manifestación de los síntomas.

-Antecedentes personales y rasgos de personalidad.

-Relación clara entre: Acontecimiento estresante, Características personales y Manifestación clínica.

4. Clínica

-Las manifestaciones son muy variadas, pudiendo incluir: Humor depresivo, Ansiedad o preocupación excesiva, Mezcla de ansiedad y depresión, Sentimiento de incapacidad para afrontar problemas o planificar el futuro y Deterioro en la rutina diaria y en el funcionamiento social.

-En algunos casos se pueden dar:

+Explosiones emocionales o de violencia (poco frecuentes).

+Trastornos disociales (conducta agresiva o antisocial), especialmente en adolescentes.

5. Características de los síntomas

-Malestar subjetivo acompañado de alteraciones emocionales.

-Interferencia con la actividad social o el funcionamiento cotidiano.

-Gran variabilidad clínica.

-Ningún síntoma aislado alcanza gravedad suficiente para otro diagnóstico específico.

-Subtipos clínicos:

+Reacción depresiva breve.

+Reacción depresiva prolongada.

+Reacción mixta de ansiedad y depresión.

+Predominio de otras alteraciones emocionales.

+Predominio de alteraciones disociales.

13.7. CURSO Y EVOLUCIÓN

	Reacción de Estrés Agudo	Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT)	Trastorno de Adaptación
Concepto	Respuesta inmediata e intensa ante un acontecimiento extremadamente traumático.	Respuesta tardía o diferida a un acontecimiento traumático excepcionalmente amenazante o catastrófico.	Respuesta emocional o conductual a uno o varios factores estresantes identificables de la vida cotidiana.
Tipo de estresor	Trauma muy intenso (catástrofes, accidentes graves, violencia).	Trauma muy intenso similar al del estrés agudo.	Estresores vitales significativos (duelo, separación, enfermedad, emigración, problemas laborales, etc.).
Inicio	Inmediato (minutos u horas tras el suceso).	Diferido , tras un período de latencia de semanas o meses (máx. 6 meses).	Dentro de los 3 meses tras el acontecimiento estresante.
Clínica principal	Ansiedad intensa, desorientación, reducción del campo de conciencia, síntomas vegetativos.	Reviviscencias del trauma, sueños, evitación de estímulos asociados, embotamiento emocional, hipervigilancia.	Síntomas emocionales o conductuales: ansiedad, depresión, preocupación, dificultades para afrontar la situación.
Duración de los síntomas	Horas o pocos días.	Más de 1 mes.	Generalmente menos de 6 meses (salvo reacción depresiva prolongada).
Curso clínico	Trastorno agudo y transitorio .	Curso fluctuante , con posibles recaídas.	Curso limitado , relacionado con la adaptación al estresor.
Evolución y pronóstico	Recuperación rápida en la mayoría de casos. Puede evolucionar a TEPT.	La mayoría se recupera, pero algunos casos cronifican y pueden producir cambios persistentes de personalidad.	Suele remitir al desaparecer o adaptarse al estresor ; puede persistir si el estrés es crónico.

13.8. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS POR ESTRÉS

1. Reacción de Estrés Agudo (REA)

-Frecuencia: se estima que entre el 7% y el 30% de los individuos expuestos a un trauma desarrollan este trastorno, dependiendo del tipo de evento traumático.

-Se estima que el REA es más frecuente pero muchas veces no se llega a consultar ya que la clínica se limita a menos de cuatro semanas.

-Variación según el tipo de trauma: Accidentes de tráfico (≈13-21%), Lesión cerebral leve (≈14%), Asalto o agresión (≈19%), Quemaduras graves (≈10%), Otros eventos traumáticos interpersonales (≈6-12%).

-Diferencias demográficas: Más frecuente en mujeres que en hombres.

-Relación con otros trastornos: Aproximadamente el 50% de los casos pueden evolucionar a TEPT.

2. Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT)

-Exposición al trauma: Alrededor del 70% de la población mundial experimenta al menos un evento potencialmente traumático a lo largo de su vida.

-Prevalencia: A lo largo de la vida (≈ 3,9%, según países entre 1.9 y 8.8%), Anual aproximada (≈3-4% de adultos).

-Grupos de mayor riesgo:

+Mujeres mayor prevalencia que en hombres (riesgo de desarrollar un TEPT tras acontecimiento traumático: 8-13% hombres y 20-30% mujeres).

+Profesiones con alta exposición a trauma: militares, bomberos, policías y personal sanitario de emergencias.

+Víctimas de violencia interpersonal o sexual y conflictos armados, donde la prevalencia puede alcanzar ≈15% o más.

-Atención sanitaria: Una parte importante de los afectados no busca tratamiento, especialmente en países con menos recursos.

3. Trastorno de Adaptación

-Frecuencia:

+Es uno de los trastornos más frecuentes relacionados con el estrés.

+Aparece tras acontecimientos vitales estresantes comunes (duelo, problemas laborales, enfermedad, separación).

-Contexto clínico:

+Muy frecuente en atención primaria y servicios de salud mental.

+También es común en adolescentes y adultos jóvenes ante cambios vitales importantes.

-Factores asociados: mayor riesgo cuando existen:

+Factores estresantes persistentes o múltiples.

+Vulnerabilidad individual o antecedentes psicológicos.

-Evolución epidemiológica: La mayoría de los casos remiten cuando la persona se adapta o desaparece el estresor.

ETIOLOGÍA

13.9. VULNERABILIDAD INDIVIDUAL ANTE PROBLEMAS Y CIRCUNSTANCIAS ADVERSAS

- **Factores psicológicos:**
 - Fortaleza psicológica.
 - Capacidad (y estrategias) de afrontamiento.
 - Resiliencia (capacidad de sobreponerse al dolor emocional, “flexibilidad” para adaptarse positivamente).
 - Inteligencia “social” y “emocional”.
- **Factores sociales:** Apoyo familiar, Apoyo económico, Redes sociales de soporte.
- **Factores biológicos:** Fortaleza física, Buena salud general, Capacidad biológica de resistencia al estrés.

13.10. FACTORES ETIOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS POR ESTRÉS

1. Reacción de Estrés Agudo

-*Factores biológicos:* Activación intensa del sistema nervioso autónomo, Respuesta aguda del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHA), Liberación elevada de catecolaminas y cortisol.

-*Factores psicológicos*

- +Percepción de amenaza extrema.
- +Estrategias de afrontamiento insuficientes.
- +Vulnerabilidad psicológica previa.

-*Factores sociales*

- +Exposición directa a un evento traumático (accidente, catástrofe, violencia).
- +Falta de apoyo social inmediato tras el evento.

2. Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT)

-*Factores biológicos:* Alteraciones en el eje HHA y regulación del cortisol. Cambios en áreas cerebrales implicadas en el miedo y la memoria: amígdala (hiperactividad), hipocampo (alteraciones de memoria) y corteza prefrontal (disminución del control emocional), Vulnerabilidad genética.

-*Factores psicológicos:*

- +Procesamiento disfuncional del trauma.
- +Creencias negativas sobre uno mismo o el mundo.
- +Estrategias de evitación.
- +Antecedentes de trastornos psicológicos.

-*Factores sociales:*

- +Gravedad e intensidad del trauma.
- +Tipo de trauma (especialmente violencia interpersonal).
- +Falta de apoyo social o entorno inseguro.
- +Exposición repetida a situaciones traumáticas (profesiones de riesgo).

3. Trastorno de Adaptación

-*Factores biológicos:* Vulnerabilidad individual al estrés, Posible influencia genética en la reactividad emocional.

-*Factores psicológicos:*

- +Rasgos de personalidad y estilo de afrontamiento.
- +Baja tolerancia al estrés.
- +Historia previa de problemas emocionales.

-*Factores sociales:*

- +Acontecimientos vitales estresantes (duelo, divorcio, enfermedad, problemas laborales).
- +Cambios vitales importantes o crisis biográficas.
- +Estrés crónico o acumulación de estresores.
- +Déficit de red de apoyo social.

13.11. DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS POR ESTRÉS

a) Paso 1: (identificación del estresor o acontecimiento traumático):

- REA y TEPT: trauma intenso o excepcionalmente amenazante.
- Trastorno de adaptación: factor estresante identificable (puede ser menos grave o cotidiano).
- Verificar relación temporal clara entre el evento y los síntomas.

b) Paso 2 (evaluación de los síntomas, observar la clínica principal según el trastorno):

- REA: síntomas agudos de ansiedad, disociación, hiperactividad vegetativa.
- TEPT: reviviscencias, evitación, embotamiento emocional, hipervigilancia.
- Trastorno de adaptación: síntomas emocionales y conductuales moderados (ansiedad, depresión, alteraciones conductuales).

c) Paso 3 (evaluación temporal):

- REA: inicio inmediato y duración ≤ 1 mes.
- TEPT: inicio diferido (semanas/meses) y síntomas > 1 mes.
- Trastorno de adaptación: inicio ≤ 3 meses y duración generalmente < 6 meses.

d) Paso 4 (Evaluación del impacto funcional):

- Analizar grado de afectación en la vida social, laboral y familiar.
- Determinar si los síntomas justifican un diagnóstico específico o corresponden a adaptación normal.

e) Paso 5 (confirmación mediante criterios diagnósticos DSM5 o CIE-11):

- Presencia de síntomas característicos.
- Relación clara con el estresor.
- Exclusión de otros trastornos.

13.12. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS TRASTORNOS POR ESTRÉS

<i>Trastorno a diferenciar</i>	<i>Claves para diferenciarlo</i>
Trastornos psicóticos	Presencia de delirios o alucinaciones no explicables por trauma.
Uso de sustancias	Evaluar si los síntomas son secundarios a consumo de drogas/alcohol.
Trastornos depresivos mayores	Predominio de síntomas depresivos intensos, no siempre relacionados con un estresor identificable.
Trastornos de ansiedad (generalizada, fóbicos, pánico)	Ansiedad persistente o fobias que no se limitan a un trauma o estresor reciente.
Trastornos disociativos	Pérdida de conciencia, amnesia o identidad, más allá de lo esperado tras un trauma, con ausencia de hipervigilancia característica del TEPT.
Trastornos de personalidad con rasgos ansiosos o evitativos	Patrón crónico y persistente, no necesariamente desencadenado por un evento reciente.

TRATAMIENTO (ver esquema 2.7)

13.13. CUÁNDO Y CÓMO REMITIR UN PACIENTE AL ESPECIALISTA. PRINCIPIOS GENERALES EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR ESTRÉS

•**Cuándo remitir:** Motivos específicos de derivación al especialista:

a) Cuadros de **grave intensidad, cronificados o complicados:**

-Frecuente en: trastornos de estrés agudo y TEPT.

b) Por la **especialización del tratamiento:** en algunos casos de TEPT.

•**Cómo remitir:**

-Puede ser **urgente:**

+Complicaciones agudas en estos trastornos.

-Informar y convencer al paciente (crucial):

+Con breve informe al especialista (como en trastornos depresivos y de ansiedad).

13.14. TRATAMIENTO DE URGENCIA (ver esquema 12.12)

13.15. ALGUNOS TRASTORNOS POR ESTRÉS CON TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ESPECIALIZADO*

•**Reacciones a estrés agudo:**

-Puede necesitar incluso tratamiento antipsicótico de urgencia.

•**Trastorno de estrés post-traumático:**

-Muy frecuente la recomendación de tratamiento antidepresivo.

*Además de la muy frecuente recomendación temporal de tratamiento sintomático con ansiolíticos (BZD).

13.16. TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS EN LOS TRASTORNOS POR ESTRÉS

- Es el tratamiento **fundamental** en estos trastornos.
- Principios generales de psicoterapia.
- Psicoterapia especializada:
- Engranaje con **socioterapia** (participación de la familia, intervenciones hacia el entorno, etc.).

1. Intervención en crisis

- Aplicada especialmente en reacción de estrés agudo.
- Objetivos:
 - +Reducir la ansiedad y la activación emocional.
 - +Restablecer el equilibrio psicológico.
 - +Favorecer el afrontamiento inmediato del acontecimiento traumático.
- Incluye:
 - +Apoyo emocional.
 - +Contención.
 - +Orientación y psicoeducación.

2. Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

- Tratamiento de primera elección, especialmente en TEPT.
- Objetivos:
 - +Reducir evitación.
 - +Procesar el trauma.
 - +Disminuir ansiedad y síntomas asociados.
- Componentes principales:
 - +Reestructuración cognitiva (modificar pensamientos disfuncionales).
 - +Exposición al recuerdo traumático de forma gradual.
 - +Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

3. Terapias basadas en exposición

- Muy utilizadas en TEPT.
- Objetivo: Reducir el miedo condicionado y la evitación.
- Tipos:
 - +Exposición imaginaria al recuerdo traumático.
 - +Exposición en vivo a estímulos evitados.

4. EMDR (Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares)

- Terapia específica para trauma psicológico.
- Objetivo: reprocesar el recuerdo traumático y disminuir su carga emocional.
- Combina:
 - +Evocación del recuerdo traumático.
 - +Estimulación bilateral (movimientos oculares u otros estímulos).

5. Técnicas de manejo del estrés

- Utilizadas en trastorno de adaptación y TEPT.
- Incluyen: relajación, respiración controlada, *mindfulness*, entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

6. Psicoterapia de apoyo

- Indicada especialmente en trastornos de adaptación.
- Objetivos:
 - +Facilitar la adaptación al acontecimiento estresante.
 - +Mejorar la capacidad de afrontamiento.
 - +Reforzar la red de apoyo social.

13.17. PAPEL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN TRASTORNOS POR ESTRÉS. PLANTEAMIENTO GENERAL

1. Evaluación funcional

- Identificación de dificultades en actividades de la vida diaria (AVD) y ocupaciones significativas.
- Detección de déficits cognitivos, emocionales o conductuales que afectan la independencia.
- Valoración del entorno físico y social que influye en el funcionamiento.

2. Intervención en habilidades y roles

- Reentrenamiento en rutinas diarias y ocupaciones significativas.
- Fomento de habilidades de afrontamiento y manejo del estrés en contextos funcionales.
- Apoyo para mantener o recuperar roles sociales, laborales y familiares.

3. Adaptación y modificación del entorno

- Adecuación del entorno para reducir factores estresantes o desencadenantes.
- Uso de estrategias compensatorias para limitaciones cognitivas o emocionales.
- Creación de espacios seguros y predecibles para la práctica de actividades.

4. Actividades terapéuticas

- Implementación de actividades estructuradas que promuevan:
 - +Regulación emocional.
 - +Relajación.
 - +Autoestima.
 - +Participación social.
- Uso de arte, música, ejercicios físicos o *mindfulness* según preferencias y objetivos.

5. Psicoeducación y promoción del autocuidado

- Enseñar técnicas de manejo del estrés dentro de la vida cotidiana.
- Fomentar hábitos de sueño, alimentación, ejercicio y rutinas saludables.
- Promover auto-observación de emociones y síntomas para prevenir recaídas.

6. Coordinación interdisciplinaria

- Trabajar junto a psicólogos, psiquiatras y otros profesionales de la salud.
- Asegurar que la intervención ocupacional se integre con el plan terapéutico global.

El Terapeuta Ocupacional facilita la reintegración funcional y social, enseña estrategias de afrontamiento práctico y adapta el entorno para que el paciente pueda recuperar autonomía y calidad de vida tras un trastorno por estrés.

13.18. PAPEL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN TRASTORNOS POR ESTRÉS. ENFOQUES ESPECÍFICOS

Trastorno por estrés	Objetivos del TO	Estrategias y acciones
Reacción de Estrés Agudo (REA)	<ul style="list-style-type: none"> -Contener la ansiedad y la activación emocional. -Restaurar rutinas básicas y seguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> -Intervención en crisis y apoyo emocional. -Reentrenamiento en actividades básicas (AVD). -Creación de un entorno seguro y predecible.
Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT)	<ul style="list-style-type: none"> -Recuperar funcionalidad y participación social. -Reducir evitación y promover afrontamiento activo. -Favorecer integración de recuerdos traumáticos en la vida cotidiana. 	<ul style="list-style-type: none"> -Terapia ocupacional basada en actividades significativas. -Entrenamiento en habilidades de afrontamiento y manejo del estrés. -Exposición gradual a situaciones previamente evitadas en un entorno seguro. -Coordinación con psicoterapia y tratamiento médico.
Trastorno de Adaptación	<ul style="list-style-type: none"> -Facilitar la adaptación al estresor o cambio vital. -Mantener independencia y roles funcionales. -Promover estrategias de afrontamiento efectivas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Psicoterapia ocupacional de apoyo: reentrenamiento en rutinas y roles. -Actividades estructuradas que fomenten regulación emocional y participación social. -Psicoeducación sobre manejo del estrés y autocuidado. -Adaptación del entorno para reducir factores estresantes.

13.19. PRONÓSTICO

1. Reacción de Estrés Agudo (REA)

- Curso: breve y autolimitado.
- Duración: horas o días (la mayoría de casos desaparecen antes de 3 días).
- Recuperación: la mayoría se recupera completamente sin secuelas.
- Puede aparecer: amnesia parcial o completa del episodio.
- Riesgo: un porcentaje puede evolucionar a TEPT si los síntomas persisten o el trauma es grave.

2. Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT)

- Curso: fluctuante; los síntomas pueden persistir meses o años (poco frecuente).
- Recuperación: la mayoría mejora con tratamiento adecuado (TCC, EMDR, apoyo social).
- Pronóstico reservado en casos graves o crónicos:
 - +Transformaciones persistentes de personalidad.
 - +Comorbilidad frecuente con ansiedad, depresión o abuso de sustancias.
- Factores de mejor pronóstico:
 - +Apoyo social fuerte.
 - +Inicio precoz del tratamiento.
 - +Menor intensidad o duración del trauma.

3. Trastorno de Adaptación

- Inicio relativamente rápido tras el acontecimiento estresante.
- Curso: generalmente limitado en el tiempo.
- Duración habitual: ≤ 6 meses tras cesar el estresor.
- Recuperación: la mayoría se adapta al estresor y recupera funcionamiento normal.
- Excepciones:
 - +Reacción depresiva prolongada puede durar hasta 2 años.
 - +Persistencia de síntomas si el estrés es crónico o acumulativo.
- Factores de mejor pronóstico:
 - +Buen afrontamiento y resiliencia individual.
 - +Apoyo social adecuado.
 - +Estresor de intensidad moderada y temporal.

Tema 14. Trastornos somatomorfos y trastornos psicósomáticos.

14.1. OBJETIVOS PARA EL TO

- Proporcionar **conceptos generales**, enfatizando los trastornos con presentación somática:
 - En sus distintos grupos nosotáxicos.
 - Por su importancia clínica y epidemiológica.
- Proporcionar un sencillo esquema **diagnóstico**.
- Proporcionar un sencillo esquema **etiológico**.
- Formar en competencias de **cómo actuar** con el paciente:
 - Cuándo tratar / cuándo remitir al especialista.
- Facultarle para utilizar unos sencillos principios **terapéuticos**.
- Proporcionar **criterios generales** sobre:
 - Los principios del tratamiento por especialistas.
 - Los dilemas científicos y las inquietudes de la **investigación**.

Una intervención precoz, de prevención secundaria, puede ser crucial para el devenir de los enfermos; especial mención merece aquí la “**neurosis de renta u ocupacional**”, que puede complicar cada uno de estos trastornos (además de otras patologías).

14.2. CLASIFICACIONES

CIE-10

Trastornos somatomorfos

- Trastorno de somatización.
- Trastorno hipocondriaco.
- Disfunción vegetativa somatomorfa.
- Trastorno de dolor persistente somatomorfo.

Otros trastornos neuróticos

- Neurastenia.

Trastornos psíquicos y del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores físicos.

-Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar (antiguas “enfermedades psicósomáticas”).

DSM5 (trastornos de síntomas somáticos y relacionados)

-Trastorno de síntomas somáticos:

+Incluye: trastorno de somatización, trastorno por dolor y trastorno indiferenciado (DSM-IV-TR).

-Trastorno de ansiedad por enfermedad:

+Incluye: hipocondría (DSM-IV-TR).

-Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales).

-Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas.

-Trastorno facticio.

-Otro trastorno de síntomas somáticos y relacionados especificado.

-Trastornos de síntomas somáticos y relacionados no especificados.

CONCEPTO Y CLÍNICA

“SÍNDROME” SOMATOMORFO (ver esquema 3.22)

SÍNDROME HIPOCONDRIACO (ver esquema 3.23)

SÍNDROME NEURASTÉNICO (ver esquema 3.27)

14.3. CLÍNICA DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS (I)

1. Trastorno de somatización

-Características:

- +Múltiples síntomas somáticos recurrentes y variables.
- +Repetidas consultas médicas y pruebas negativas.
- +Curso crónico y fluctuante.
- +Inicio frecuente en edad adulta temprana.
- +Más frecuente en mujeres.

-Síntomas frecuentes:

- +Gastrointestinales: dolor, náuseas, vómitos, meteorismo.
- +Dérmicos: prurito, quemazón, hormigueo.
- +Sexuales y menstruales.
- +Ansiedad y depresión asociadas.

-Consecuencias:

- +Deterioro social y familiar.
- +Posible abuso o dependencia de fármacos.

-Criterios diagnósticos:

- +Síntomas múltiples sin explicación médica durante ≥ 2 años.
- +Rechazo persistente a explicaciones médicas.
- +Deterioro social o familiar.

2. Trastorno hipocondríaco

-Características:

- +Preocupación persistente por padecer una enfermedad grave.
- +Interpretación patológica de sensaciones corporales normales.
- +Atención centrada en uno o dos órganos.

-Aspectos clínicos:

- +Ansiedad y depresión frecuentes.
- +Curso crónico con fluctuaciones.
- +Inicio generalmente antes de los 50 años.

-Conducta típica:

- +Resistencia a aceptar explicaciones médicas.
- +Rechazo frecuente a derivación psiquiátrica.

-Criterios diagnósticos:

- +Creencia persistente de enfermedad grave.
- +Rechazo reiterado de explicaciones médicas.

14.3. CLÍNICA DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS (y II)

3. Disfunción vegetativa somatomorfa

-*Concepto*: Síntomas similares a enfermedades de órganos controlados por el sistema nervioso autónomo.

-*Sistemas más afectados*: Cardiovascular, Gastrointestinal, Respiratorio, Urogenital.

-*Tipos de síntomas*:

+Síntomas vegetativos objetivos: Palpitaciones, Sudoración, Rubor, Temblor.

+Síntomas subjetivos: Dolor, Pesadez, Opresión, Sensación de distensión.

-*Criterios diagnósticos*:

+Hiperactividad vegetativa persistente.

+Síntomas referidos a un órgano concreto.

+Preocupación por enfermedad grave.

+Sin alteración orgánica significativa.

-*Ejemplos*: Neurosis cardíaca, Hiperventilación psicógena, Diarrea nerviosa, Colon irritable psicógeno, Vejiga nerviosa.

4. Trastorno de dolor somatomorfo persistente

-*Características*:

+Dolor intenso y persistente sin causa orgánica suficiente.

+Frecuente relación con conflictos psicológicos.

+Puede aumentar la atención o apoyo recibido.

-*Ejemplos*: Psicalgia, Lumbalgia psicógena, Dolor somatomorfo psicógeno.

-*Diagnóstico diferencial*: Dolor orgánico con dramatización.

14.4. CLÍNICA DE OTROS TRASTORNOS RELACIONADOS

1. Neurastenia

-*Síntoma principal*: fatiga persistente.

-*Manifestaciones*: Cansancio mental o físico, Cefalea tensional, Mareos, Irritabilidad, Trastornos del sueño, Incapacidad para relajarse.

-*Incluye*: síndrome de fatiga crónica.

2. Otros trastornos relacionados con síntomas somáticos

2.1. Elaboración psicológica de síntomas somáticos

-*Existe enfermedad física real, pero*:

+Los síntomas se exageran o prolongan por factores psicológicos.

+Conducta frecuente de búsqueda de atención.

-*Puede relacionarse con*: Insatisfacción con el tratamiento, Litigios o compensaciones.

2.2. Trastorno facticio (ficticio)

-*Concepto*: Producción intencionada de síntomas, Sin enfermedad real, Conducta dirigida a asumir el papel de enfermo.

-*Ejemplos*: Autolesiones, Inyección de sustancias, Manipulación de análisis.

-*Incluye*: Síndrome de Munchausen.

3. Simulación

-*Concepto*: Diferente del trastorno facticio. Producción voluntaria de síntomas con beneficio externo claro.

-*Motivos frecuentes*: Evitar responsabilidades legales, Obtener drogas, Evitar servicio militar, Conseguir indemnizaciones o ventajas sociales.

14.5. CURSO Y EVOLUCIÓN

Características generales del curso clínico

- Inicio habitual: adolescencia tardía o adultez temprana.
- Curso: generalmente crónico y fluctuante, tipo "desarrollo":
 - +Comprensibles (personalidad, circunstancias y acontecimientos vitales).
 - +Intensidad variable (leve / moderada, generalmente).
 - +Influencia de eventos psicológicos y ambientales.

1. Trastorno de somatización

- Inicio temprano (antes de los 30 años).
- Curso crónico y prolongado (años).

2. Trastorno hipocondríaco

- Curso crónico con fluctuaciones.
- Aumenta en periodos de estrés.

3. Disfunción autonómica somatomorfa

- Curso intermitente o recurrente.
- Frecuentemente asociado a ansiedad.

4. Trastorno por dolor persistente somatomorfo

- Curso prolongado y resistente.
- Frecuente impacto en funcionamiento laboral y social.

Otros trastornos somatomorfos

- Presentaciones atípicas o residuales.
- Curso variable según el tipo de síntoma.

EPIDEMIOLOGÍA

14.6. PREVALENCIA DE TRASTORNOS SOMATOMORFOS (I)

Prevalencia global

-Población general

+Prevalencia global: \approx 0.4%-4.4% según estudios epidemiológicos y criterios diagnósticos utilizados.

+Los síntomas somáticos sin causa médica clara son mucho más frecuentes que el diagnóstico formal.

-Atención Primaria:

+25-75% de las consultas pueden presentar síntomas somáticos asociados a factores psicosociales.

+Sólo \approx 5% de pacientes ambulatorios reciben finalmente un diagnóstico de trastorno somatomorfo.

-Distribución por sexo

+Más frecuente en mujeres 2-3:1 hombres (especialmente trastorno de somatización).

-Edad de inicio

+Inicio habitual: adolescencia tardía o adultez temprana.

+El trastorno de somatización suele comenzar antes de los 30 años.

-Impacto sanitario

+Elevado uso de servicios médicos (consultas repetidas, pruebas diagnósticas).

+Importante carga para Atención Primaria.

Pueden convertirse en uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en medicina general.

14.6. PREVALENCIA DE TRASTORNOS SOMATOMORFOS (y II)

1. Trastorno de somatización

Prevalencia aproximada: 1-6% en población general o Atención Primaria.

Representa una proporción relevante de los trastornos psiquiátricos atendidos en medicina general.

2. Trastorno hipocondríaco

Prevalencia estimada: ≈4-9% en población general.

3. Disfunción vegetativa somatomorfa

Frecuencia significativa en Atención Primaria.

4. Trastorno de dolor persistente somatomorfo

Menos frecuente que otros trastornos somatomorfos.

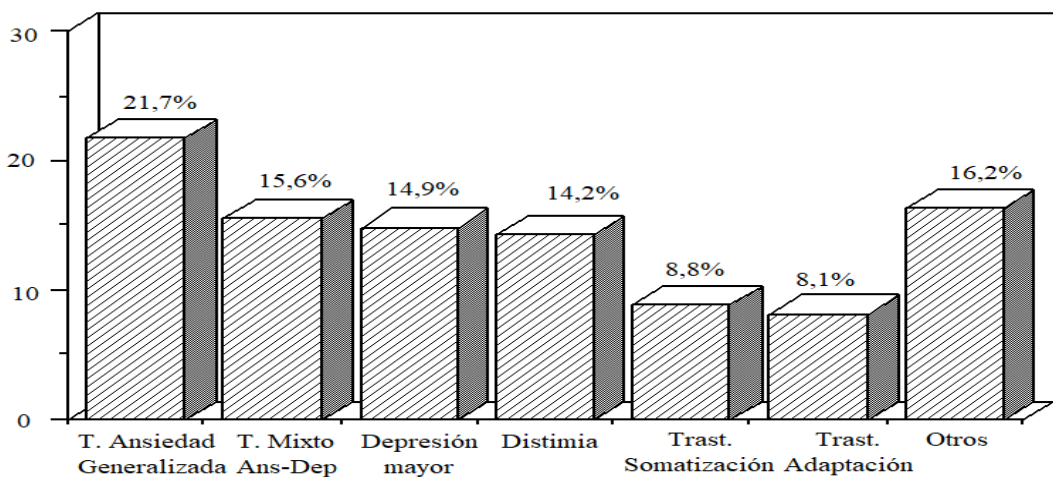
Alta presencia en consultas de dolor crónico.

5. Trastorno somatomorfo indiferenciado

Muy frecuente en Atención Primaria.

Puede representar la mayoría de los cuadros somatomorfos subclínicos.

14.7. TRASTORNOS SOMATIZADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA



"ESTUDIO ZARAGOZA", 1993

GZEMPP, 1994

ETIOLOGÍA GENERAL (ver esquema 2.6)

14.8. VULNERABILIDAD INDIVIDUAL ANTE PROBLEMAS Y CIRCUNSTANCIAS ADVERSAS

(ver esquema 13.9)

14.9. ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS

Modelo explicativo actual (biopsicosocial):

Vulnerabilidad biológica + factores psicológicos + factores sociales → somatización del malestar emocional.

1. Factores biológicos

- Vulnerabilidad genética a trastornos somáticos funcionales.
- Alteraciones en la percepción del dolor (hipersensibilidad somática).
- Disfunción del sistema nervioso autónomo.
- Alteraciones neurobiológicas en el procesamiento de señales corporales.

2. Factores psicológicos

-Procesamiento cognitivo:

- +Hipervigilancia hacia las sensaciones corporales.
- +Interpretación catastrófica de síntomas físicos.
- +Baja tolerancia a la incertidumbre sobre la salud.

-Factores emocionales:

- +Dificultad para identificar o expresar emociones (alexitimia).
- +Conflictos emocionales inconscientes.
- +Estrés psicológico crónico.

-Aprendizaje y refuerzo:

- +Aprendizaje de la enfermedad como forma de expresar malestar.
- +Refuerzo de síntomas mediante: Atención médica, Apoyo social, Evitación de responsabilidades.

3. Factores sociales

-Contexto familiar:

- +Modelos familiares centrados en la enfermedad.
- +Sobrepotección o refuerzo del rol de enfermo.

-Experiencias tempranas:

- +Trauma infantil o abuso.
- +Enfermedad grave en la familia.

-Factores socioculturales:

- +Normas culturales que favorecen la expresión somática del malestar psicológico.
- +Bajo nivel socioeconómico.
- +Estrés laboral o interpersonal.

DIAGNÓSTICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

14.10. RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS

1. Evaluación inicial de los síntomas

-Identificar síntomas físicos persistentes (dolor, gastrointestinales, neurológicos, cardiopulmonares, etc.).

-Analizar: Duración, Intensidad, Impacto funcional

-Valorar la coherencia clínica de los síntomas.

2. Descartar patología médica orgánica

-Realizar exploración física y pruebas médicas apropiadas.

-Confirmar que:

+No existe enfermedad orgánica suficiente que explique los síntomas, o

+Los síntomas son desproporcionados respecto al hallazgo médico.

3. Evaluación psicopatológica

-Analizar la relación entre síntomas físicos y factores psicológicos:

+Presencia de estrés o conflictos emocionales.

+Hipervigilancia corporal.

+Interpretación catastrófica de sensaciones físicas.

+Conductas de búsqueda reiterada de atención médica.

4. Análisis del curso clínico

-Curso crónico o recurrente.

-Historia de: Múltiples consultas médicas, Exploraciones negativas, Cambio frecuente de médicos.

5. Diagnóstico diferencial (ver esquema 14.11)

6. Diagnóstico nosológico

14.11. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS

1. Enfermedades médicas orgánicas (primer diagnóstico a descartar)

-Existe patología médica demostrable que explica los síntomas.

-La intensidad y evolución de los síntomas es coherente con la enfermedad.

2. Trastornos psicóticos

-Las preocupaciones corporales pueden ser delirantes (convicción fija e inamovible sobre enfermedad grave).

3. Trastornos relacionados con sustancias o medicamentos

-Algunos síntomas somáticos pueden deberse a: Efectos secundarios, Abstinencia.

4. Trastornos afectivos

-La depresión puede manifestarse con síntomas físicos: Fatiga, Dolor, Molestias somáticas.

-Diferencia: predominan los síntomas afectivos (tristeza, anhedonia, alteraciones del sueño).

5. Trastornos de ansiedad

-Especialmente: Trastorno de pánico, TAG.

-Diferencia principal: Los síntomas somáticos aparecen durante episodios de ansiedad y no constituyen el núcleo del trastorno.

6. Trastornos conversivos (o neurológicos funcionales)

-Síntomas neurológicos sin base orgánica (parálisis, convulsiones).

-Pueden considerarse dentro del espectro somatomorfo, pero requieren diferenciación clínica.

7. Trastorno facticio

-Producción intencional de síntomas.

-Motivación psicológica de asumir el rol de enfermo.

-Puede implicar manipulación de pruebas o autolesiones.

8. Simulación (*malingering*)

-Producción intencional de síntomas.

-Existe beneficio externo claro: Compensación económica, Evitar responsabilidades legales o laborales.

TRATAMIENTO (ver esquema 2.7)

14.12. CÓMO COMUNICAR EL DIAGNÓSTICO (ver esquema 9.19)

14.13. CUÁNDO Y CÓMO REMITIR UN PACIENTE AL ESPECIALISTA. PRINCIPIOS GENERALES EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS

- Cuándo remitir** (motivos específicos de derivación al especialista):
 - a) Cuadros de **grave intensidad, cronificados o complicados**.
 - b) Por la **especialización del tratamiento**: técnicas psicoterapéuticas (reatribución,...).
- Cómo remitir**:
 - Puede ser **urgente**:
 - +Complicaciones agudas en algunos trastornos.
 - Informar y convencer al paciente (crucial):
 - +Puede ser difícil en algunos trastornos somatomorfos.
 - +Con breve informe al especialista (como en trastornos depresivos y de ansiedad).

14.14. TRATAMIENTO DE URGENCIA

1. Evaluación rápida inicial

- Descartar enfermedad médica grave que requiera atención inmediata.
- Valoración de signos de alarma (“red flags”): Dolor intenso súbito, Pérdida de función neurológica, Hemorragia, Síntomas cardiorrespiratorios graves.
- Evaluar riesgo de autolesión o conducta suicida.

2. Manejo de síntomas agudos

- Tranquilización verbal y empatía: Reconocer el malestar, Evitar confrontación sobre la “falsedad” del síntoma.
- Control de síntomas físicos intensos si es necesario (p.ej., analgesia breve, antieméticos, soporte cardiovascular o respiratorio según situación).
- Mantener ambiente seguro y calmado.

3. Estrategias comunicativas

- Escucha activa y validación del sufrimiento.
- Evitar excesiva medicalización o múltiples pruebas innecesarias.
- Explicar que los síntomas pueden tener origen funcional y que no indican peligro inmediato.

4. Intervención farmacológica

- Sólo si hay comorbilidad aguda (ansiedad intensa, insomnio, depresión importante):
 - +Benzodiacepinas a corto plazo (uso muy limitado).
 - +Ansiolíticos o antidepresivos según indicación médica.
- No se recomienda medicación para “curar” los síntomas somáticos en urgencias.

5. Coordinación y seguimiento

- Remitir a Atención Primaria o Psiquiatría para seguimiento y manejo integral.
- Evitar refuerzos de conducta de enfermedad crónica mediante altas repetidas sin plan terapéutico.
- Documentar hallazgos clínicos y plan de seguimiento.

14.15. ALGUNOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS CON TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ESPECIALIZADO*

•**Trastorno hipocondríaco (y otros trastornos somatomorfos):**

-Frecuente la recomendación de tratamiento antidepresivo (en casos de extrema gravedad es frecuente la recomendación de tratamiento antipsicótico).

•**Disfunción vegetativa somatomorfa:**

-Muy frecuente la recomendación de dosis pequeñas de sulpiride (antipsicótico).

*Además de la muy frecuente recomendación temporal de tratamiento sintomático con ansiolíticos.

14.16. CÓMO ACTUAR EN UN POSIBLE CASO DE “NEUROSIS DE RENTA / OCUPACIONAL”

1. Cuidado con el “etiquetaje” de “Neurosis de renta”

Es peyorativo. Si es una neurosis, es un trastorno “médico” (tras descartar simulación).

2. Actuar cuanto antes

Es muy difícil resolver problemas de este tipo de larga duración.

3. Un facultativo concreto asume la responsabilidad del caso

Cuidado con un sistema sanitario que lo perpetúe: remisiones interminables y nadie “pone el cascabel al gato”.

4. Gran “objetividad” en la descripción de los hallazgos

Físicos y psíquicos: Síndromes “completos” o “incompletos”.

Sí/No corresponden a patrones patológicos conocidos.

5. Ser categórico en el diagnóstico que se da al paciente

Si no hay hallazgos patológicos, “responsabilizarse” de la actuación.

6. “Vd. no tiene nada”: ¡”Prohibido”!

7. Posibles diagnósticos psiquiátricos

-Elaboración de síntomas somáticos por motivos psicológicos.

-Depresión, incluso de tipo endógeno.

-Estado de ansiedad.

-Tr. de somatización, en sus diversas variantes (múltiple, dolor crónico, etc.).

-Trastorno de disociación / conversión, otros.

8. Claridad desde el principio: No se apoyará baja/incapacidad (salvo que haya motivos)

Enfermedades somáticas: No se apoyarán bajas por motivos psiquiátricos.

9. Estudiar el entorno social: Problemas/Apoyos terapéuticos

10. Exquisita profesionalidad

14.17. TRASTORNOS SOMATOMORFOS. TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

- Es el tratamiento **fundamental** en estos trastornos.
- Principios generales de psicoterapia
- Engranaje con **socioterapia** (participación de la familia, intervenciones hacia el entorno, etc.).

-Psicoterapias especializadas

Consideraciones generales

- La psicoterapia suele durar entre 8-20 sesiones, dependiendo del trastorno y gravedad.
 - Puede combinarse con tratamiento farmacológico si hay comorbilidad (ansiedad, depresión).
 - El seguimiento a largo plazo mejora la cronicidad y funcionalidad.
- Los principales abordajes son:

1. Psicoterapia cognitivo-conductual (TCC)

- Objetivos principales:
 - +Reducir la hipervigilancia corporal.
 - +Modificar creencias catastróficas sobre los síntomas.
 - +Mejorar manejo del estrés y afrontamiento.
- Técnicas:
 - +Reestructuración cognitiva.
 - +Entrenamiento en relajación y manejo del estrés.
 - +Exposición gradual a actividades evitadas.
- Evidencia: tratamiento de primera línea, especialmente en trastorno de somatización y dolor somatomorfo.

2. Terapias centradas en la emoción

- Mejoran expresión y reconocimiento emocional (útil en alexitimia).
- Incluyen:
 - +Terapia psicodinámica breve focalizada en conflictos emocionales.
 - +Terapia interpersonal en casos con estrés relacional.

3. Terapia de aceptación y compromiso (ACT)

- Ayuda a aceptar síntomas sin juicios.
- Incrementa funcionamiento y calidad de vida aunque los síntomas persistan.
- Se combina con TCC en programas modernos de manejo de dolor crónico.

4. Psicoeducación

- Informar al paciente sobre:
 - +Naturaleza funcional de los síntomas.
 - +Relación estrés-síntomas.
- Enseñar estrategias de autocontrol y afrontamiento.
- Importante para reducir consultas médicas repetidas.

5. Enfoque familiar y social

- Incluir a familiares cuando hay refuerzo de rol de enfermo.
- Ajustar expectativas sobre enfermedad y tratamiento.
- Favorece soporte social funcional.

14.18. PAPEL DEL TO EN LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS. PLANTEAMIENTO GENERAL

Objetivo general

-Mejorar el funcionamiento ocupacional y la calidad de vida, reduciendo el impacto de los síntomas somáticos en la vida diaria.

Principios de intervención

- Enfoque biopsicosocial del trastorno.
- Atención centrada en la persona y su desempeño ocupacional.
- Validación del malestar sin reforzar el rol de enfermo.
- Fomento de autonomía y participación activa.

Funciones principales

- Evaluar el impacto de los síntomas en las actividades de la vida diaria (AVD).
- Favorecer la reintegración en actividades significativas.
- Reducir conductas de evitación y dependencia sanitaria.
- Promover estrategias de afrontamiento adaptativas.

Áreas ocupacionales trabajadas

- Actividades de la vida diaria (ABVD y AIVD).
- Trabajo o estudio.
- Ocio y participación social.

14.19. PAPEL DEL TO EN LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS. ENFOQUES ESPECÍFICOS DE INTERVENCIÓN

Rehabilitación funcional

- Entrenamiento progresivo en actividades de la vida diaria.
- Adaptación de tareas para reducir limitaciones funcionales.
- Incremento gradual del nivel de actividad.

Educación y manejo del estrés

- Psicoeducación sobre relación estrés-síntomas físicos.
- Técnicas de relajación y control de activación.
- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

Actividades terapéuticas significativas

- Uso de ocupaciones con sentido personal para mejorar bienestar.
- Favorecer experiencias de éxito y autoeficacia.

Regulación del nivel de actividad

- Evitar ciclos de sobreactividad - agotamiento - evitación.
- Establecer rutinas equilibradas de actividad y descanso.

Intervención psicosocial

- Fomentar habilidades sociales.
- Promover participación en contextos comunitarios.
- Apoyo en reincorporación laboral o académica.

14.20. PRONÓSTICO DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS

Pronóstico general de los trastornos somatomorfos

-Curso clínico:

- +Tendencia a la cronicidad, con oscilaciones.
- +Evolución fluctuante con periodos de mejoría y recaídas.
- +En algunos casos, persistencia de síntomas somáticos durante años (pueden ser de extrema gravedad y crear extrema incapacidad):
 - Algunos graves trastornos somatomorfos (con enormes costes médicos).
 - Trastornos ficticios de extrema gravedad, con personalidades rayando la sociopatía y el potencial de ser sometidos a todo tipo de mutilaciones iatrogénicas.

-Cualquiera de los trastornos somatomorfos pueden dar lugar a “neurosis ocupacionales” (de renta), acrecentadas por un manejo inadecuado por parte del sistema médico, con inevitables consecuencias negativas psicológicas, sociales y para el sistema público.

-Impacto funcional:

- +Limitación en: Actividades de la vida diaria, Trabajo o estudio, Relaciones sociales.
- +Alta utilización de servicios sanitarios.

-Evolución posible:

- +Remisión parcial o total en algunos pacientes.
- +Cronificación cuando los síntomas se mantienen largo tiempo.
- +Mejoría cuando se aborda desde un modelo biopsicosocial.

Factores que influyen en el pronóstico

-Factores de buen pronóstico:

- +Inicio agudo y reciente de los síntomas.
- +Duración corta antes del diagnóstico.
- +Buena alianza terapéutica con el profesional.
- +Apoyo familiar y social adecuado.
- +Intervención psicoterapéutica temprana.

-Factores de mal pronóstico:

- +Inicio precoz con curso prolongado.
- +Síntomas múltiples y persistentes.
- +Comorbilidad con: Depresión, Ansiedad, Trastornos de personalidad.
- +Refuerzo del rol de enfermo por entorno o sistema sanitario.
- +Conflictos psicosociales crónicos.

14.21. CIE-10: FACTORES PSICOLÓGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO EN TRASTORNOS O ENFERMEDADES CLASIFICADOS EN OTRO LUGAR (F54)

- Ejs.: Asma, Dermatitis y Eczema, Úlcera gástrica, Colitis mucosa, Colitis ulcerosa, Urticaria.
- Trastornos somáticos.
- Influencias psicológicas o comportamentales son consideradas importantes (“major”) en la etiología.
- Las alteraciones mentales:
 - 1) Suelen ser leves, no permiten un diagnóstico clínico más específico y a menudo son muy prolongadas (Ejs.: preocupaciones, conflictos emocionales, aprensión).
 - 2) Por sí mismas no satisfacen pautas de otras categorías diagnósticas.

14.22. ENFERMEDADES Y TRASTORNOS QUE SUELEN DENOMINARSE “PSICOSOMÁTICOS” (sólo lectura)

•**Grupo I. Trastornos con presentación somática, sin lesión u otro trastorno fisiopatológico conocido, donde el médico sospecha una causalidad psicológica.**

- a) Trastornos psiquiátricos “somatizados”: Depresión, Ansiedad, etc.
- b) Trastornos somatomorfos (CIE-10, F.45): Somatización múltiple / Disfunción neurovegetativa / Hipocondriasis / Dolor somatomorfo.
- c) Otros: Trastornos disociativos / conversivos (CIE-10, F.44, Histeria) / Neurastenia (CIE-10, F48.0, SDM fatiga crónica) / Otros.

•**Grupo II. Enfermedades “psicosomáticas” en sentido estricto:** Hay lesión o trastorno fisiopatológico conocido, pero algunas teorías (muy discutidas actualmente) les asignan un origen fundamentalmente psicológico.

-Trastornos psicológicos y del comportamiento asociados a enfermedades somáticas (CIE-10, F.54): Asma, Dermatitis y Eczema, Úlcera gástrica, Colitis mucosa, Colitis ulcerosa, Urticaria, etc.

14.23. PSICOSOMÁTICA

•**Medicina Psicosomática:**

- Todos los enfermos son personas.
- No se pueden dividir en *psique* y *soma*.
- Perspectiva holística, integral, antropológica:
 - +En las consideraciones etiológicas, diagnósticas, terapéuticas, etc.

•**Enfermedades “psicosomáticas”:**

- Causalidad psicológica.

•**“Enfermedades psicosomáticas” (en sentido estricto):**

- “Grupo esencial”: Enfermedades “específicamente humanas”.
- Psicogénesis de enfermedades somáticas.

ETIOLOGÍA

(ver esquema 3.6)

14.31. PSICONEUROENDOCRINOLOGÍA. EJE HIPOTÁLAMO-HIPÓFISIS-SUPRARRENAL (sólo lectura)

- Selye y estrés (SGA): Alarma, Resistencia, Agotamiento.
- CRH, ACTH, Cortisol:
 - Aumentan con estrés físico / psíquico.
 - Fundamentales en homeostasis y adaptación a estímulos.
 - Respuesta depende:
 - + Estrés en sí.
 - + Valoración / Afrontamiento del individuo.
 - Efectos en procesado sensitivo / habituación / dolor / sueño / memoria... "rango social" (animales).

14.32. PSICONEUROINMUNOLOGÍA. RESPUESTA HORMONAL AL ESTRÉS (sólo lectura)

- Corticoides / Catecolaminas y respuesta inmunitaria: respuesta en "U" invertida.
- Eje hipotálamo / hipófisis / suprarrenal e inmunorregulación.
- Hormonas crecimiento / gonadales / tiroideas y activación células T y NK.
- Estrés experimental e inmunidad:
 - Animales: "derrota" e inmunosupresión (atenuada por "apoyo social").
 - Hombre:
 - + Estrés agudo: aumento células NK.
 - + Estrés crónico: depresión inmunitaria (células T, NK, respuesta humoral, ...). Pero también se atenúa por el "apoyo social".

14.33. ALEXITIMIA

- Incapacidad para:
 - Percibir / sentir emociones (identificarlas en sí mismos y en los demás).
 - Expresar emociones.
- Escasa capacidad imaginativa.
- Si es extrema: → trastorno de personalidad:
 - Inflexibilidad.
 - Dificultades de adaptación.
- Difícil medición, limitada fiabilidad.
- Alta prevalencia en trastornos "psicosomáticos" (y en trastornos con presentación somática en general).

14.34. "ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS". CONCLUSIONES

- No evidencias sólidas de que los factores psicológicos / psicopatológicos sean causa necesaria y suficiente de ninguna enfermedad somática.
- No evidencias sólidas de que las "enfermedades psicosomáticas" (las "siete sagradas" de Alexander) sean sustancialmente distintas de otras enfermedades somáticas.
- En consecuencia no apoyamos el concepto de "enfermedades psicosomáticas".
- **Pero sí defendemos la importancia de los factores psicosociales en las consideraciones clínicas (etiología, diagnóstico y tratamiento) en TODAS las enfermedades somáticas (enfoque psicosomático general).**

Tema 15. Trastornos psíquicos y del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores físicos. Trastornos de la conducta alimentaria. Disfunciones sexuales. Trastornos del sueño.

15.1. OBJETIVOS PARA EL TO

•Proporcionar **conceptos generales**, enfatizando los trastornos de la conducta alimentaria:

- En sus distintos grupos nosotáxicos.
- Por su importancia clínica y epidemiológica.
- Proporcionar un sencillo esquema **diagnóstico**.
- Proporcionar un sencillo esquema **etiológico**.
- Formar en competencias de **cómo actuar** con el paciente:
 - Cuándo tratar / cuándo remitir al especialista.
- Facultarle para utilizar unos sencillos principios **terapéuticos**.
- Proporcionar **criterios generales** sobre:
 - Los principios del tratamiento por especialistas.
 - Los dilemas científicos y las inquietudes de la investigación.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

CONCEPTO Y CLÍNICA

15.2. CLASIFICACIONES

Trastorno	CIE-11	DSM-5	Diferencias clave
Anorexia nerviosa	Mismos criterios generales	Bajo peso + restricción + miedo a engordar + distorsión corporal	CIE-11 es más flexible en el umbral de peso
Bulimia nerviosa	Similar, pero menos rígido en frecuencia	Atracones + conductas compensatorias ≥ 1 /semana durante 3 meses	CIE-11 permite más juicio clínico
Trastorno por atracón	Igual, reconocido formalmente	Atracones sin compensación ≥ 1 /semana durante 3 meses	CIE-11 menos estricta en frecuencia
ARFID (Trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta)	Igual concepto	Evitación/restricción sin preocupación por peso	Prácticamente equivalentes
Pica	Igual	Ingesta de sustancias no nutritivas ≥ 1 mes	Sin diferencias relevantes
Rumiación	Igual (rumiación-regurgitación)	Regurgitación repetida ≥ 1 mes	Sin diferencias relevantes
Otros especificados	Categoría más amplia	OSFED (ej. anorexia atípica, bulimia subumbral, ingesta nocturna)	CIE-11 menos detallada
No especificados	Categoría equivalente	UFED	CIE-11 más flexible

15.3. CONCEPTO DE ANOREXIA NERVIOSA

•“**Síndrome**” de anorexia nerviosa (ver esquema 3.28).

•**Primario.**

•**Tipos:**

-**Restringido:** Durante el episodio de anorexia no se recurre regularmente a purgas.

+Conductas expresivas de rechazo: comer sola y con lentitud extrema, dieta muy parca, ocultación de comida; inapetencia.

+Concentraciones bajas de leptina (hormona en adipocitos → hipotálamo: inhibe ingesta → probable desencadenamiento neuroendocrinológico de adaptación a la desnutrición).

-**Purgativo:** Sí se recurre a purgas.

+(Alternan restricción y atracones seguidos de purgas; solapamientos con bulimia).

-**Mixto.** como poco y expulso mucho

•**Frecuente sintomatología afectiva:**

-Pensamientos obsesivos sobre peso, gordura, comida.

-Distorsión de la imagen corporal. Baja autoestima. Cambios bruscos de humor, irritabilidad.

-Ansiedad / irritabilidad / disforia / depresión.

•**Frecuentes complicaciones somáticas** (dependen de la desnutrición o las purgas):

-**Cardiovasculares:** bradicardia, hipotensión, mareos, sensibilidad al frío, temperatura corporal más baja, edemas, acrocianosis, etc.

-**Gastrointestinales:** estreñimiento, enlentecimiento vaciado gástrico, elevación enzimas hepáticas, (gingivitis, atrofia de parótidas, hemorragias... por los vómitos de repetición).

-**Hematológicas:** Anemia, leucopenia, trombocitopenia, hipoplasia medular.

-**Endocrinometabólicas:** ver síndrome + osteoporosis, hipoproteinemia, hipoglucemia, hipercolesterolemia, alteraciones de la termorregulación, etc.

-**Dermatológicas:** sequedad de piel, palidez, caída de pelo y aparición de lanugo

→ **Riesgo vital**

•**Gravedad (IMC):**

-Leve: >17

-Moderada: 16-16,99

-Grave: 15-15,99

-Extrema: < 15

por encima

15.4. CONCEPTO DE BULIMIA NERVIOSA

•¿Variante de la anorexia nerviosa?

•“**Síndrome**” de bulimia nerviosa (“continuum”: ya vimos la relación estrecha entre los conceptos de anorexia y bulimia) (ver esquema 3.29).

•**Primario**: Tiene atracones (ingiere en un periodo corto de tiempo más cantidad de alimentos que la mayoría de personas harían; hay sensación de “falta de control”). Estos atracones se producen al menos 1 vez/semana durante al menos 3 meses

•Tipos (¿?):

-Purgativo: conductas compensadoras para evitar el aumento de peso (provocación de vómitos / laxantes / diuréticos / enemas).

-No purgativo: Durante el episodio de bulimia se provoca regularmente otras conductas compensatorias inadecuadas (ayuno, ejercicio, etc.)

•50% antecedentes de anorexia previa (y >2/3 de sobrepeso).

•Frecuentes complicaciones somáticas.

•Signos físicos frecuentes:

-Callosidades en la base de los dedos (signo de Russell, por provocación de vómitos).

-Hipertrofia de glándulas salivales.

-Gingivitis / glositis / caries / erosión esmalte dental.

-Alteraciones electrolíticas (hipopotasemia). eliminación potasio

-Complicaciones de anorexia previa (osteoporosis / disminución densidad ósea,...).

-Gastrointestinales (esofagitis por reflujo, úlcera péptica, etc.).

-Posibles alteraciones endocrinometabólicas como en anorexia nerviosa (incluyendo amenorrea).

•Frecuente co-morbilidad:

Mayor impulsividad, menos autocontrol. Cambios de humor, baja autoestima. Síntomas obsesivos, y trastornos del control de los impulsos (cleptomanía, abuso de sustancias, compras compulsivas, conductas autolesivas,...).

-Afectiva (depresión mayor, otras).

-Trastornos de ansiedad (y trastornos fóbicos).

-Abuso de alcohol y drogas.

-Trastorno de personalidad límite (e histriónico, por evitación, por dependencia).

15.5. TRASTORNO POR ATRACONES (DSM5)

•Episodios recurrentes de atracones. Igual que en bulimia nerviosa.

•Los episodios de atracones se asocian a 3 ó más de los siguientes:

-Comer mucho más rápidamente de lo normal.

-Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.

-Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.

-Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.

-Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

•Malestar intenso respecto a los atracones.

•Atracones al menos 1 vez/semana durante al menos 3 meses.

•No hay comportamientos compensatorios como en bulimia nerviosa.

Hay que tener en cuenta la posibilidad de muerte súbita por: malnutrición crónica, trastornos hidroelectrolíticos, iatrogenia (uso de fármacos que alargan QT), prolapso de válvula mitral, suicidio, atragantamientos graves y sus consecuencias.

15.6. CURSO Y EVOLUCIÓN

•Anorexia nerviosa:

- Tendencia a la cronicidad.
- Mejoran con tratamiento hospitalario >80%.
- Evolución: un tercio de los pacientes diagnosticados de este trastorno se recuperan sin secuelas, otro tercio presentan una recuperación parcial con síntomas residuales toda su vida y el tercio restante presenta síntomas limitantes de forma crónica.
- La mortalidad asociada a la AN es del 10 al 15%, siendo la causa principal de fallecimiento las complicaciones biomédicas de la inanición, seguida por el suicidio.
- 3/4 persiste algún síntoma tras curación.

•Bulimia nerviosa:

- El pronóstico se considera mejor, excepto en casos de grave comorbilidad (principalmente con trastornos de personalidad asociados).
- En tratamiento: 60-85% no cumplen ya criterios de bulimia (1-5 años).
- Menor mortalidad que en anorexia (pero pocos estudios).
- Frecuentes síntomas residuales.

15.7. EPIDEMIOLOGÍA

•Se ha producido un incremento de dos a cinco veces en las cifras de prevalencia de TCA a lo largo de las tres últimas décadas.

•Son la tercera patología crónica más frecuente en la adolescencia, después de la obesidad y el asma. En cuanto a la prevalencia, se estima un porcentaje de un 0,5-1% de AN, de 1-3% de BN

•Prevalencia de TCA de uno a nueve en varones respecto a mujeres.

•Anorexia nerviosa:

- Mujeres: 90%.
- Inicio: al final de la etapa puberal (13-14 años), con picos de incidencia a los 15-18 años, siendo raras las formas que se inician más allá de los 20-22 años. Preocupación por inicios tempranos (8-14 años).
- Prevalencia en adolescencia 0.3- 0.5% (+1-3% incompletas).
- Probable duplicación de la incidencia en las últimas dos décadas (¿Mejores diagnósticos?).
- Prevalencia en “grupos de riesgo” (gimnastas, modelos, ballet, etc.): x 3 veces mayor.
- Riesgo en hermanas x 5-10 veces.
- Clases medias-altas, pero tendencia a extenderse.
- Menor prevalencia en África, población marginal americana, etc. (factores socio-culturales).

•Bulimia nerviosa:

- Inicio al final de la adolescencia y principio de la edad adulta.
- Prevalencia en adolescencia 0.5-1% (hasta 2.5%) (+2-3% incompletas).
- Probable duplicación de la incidencia en las últimas dos décadas (¿Mejores diagnósticos?).
- Probable mayor prevalencia en “grupos de riesgo” (gimnastas, modelos, ballet, etc.) y áreas culturizadas.

ETIOLOGÍA

Multifactorial (ver esquema 2.6)

15.8. ANOREXIA NERVIOSA

•Biológicos?:

- Factores genéticos: Heredabilidad: 58-76%. Mayor concordancia en MZ: 66%.
- Vulnerabilidad SNC y neuroendocrina.
- Edad 13-18 años. Sexo femenino.
- Antecedentes personales / familiares de trastorno afectivo, TCA, obesidad.
- Antecedentes familiares de abuso de sustancias.
- Precipitantes: Cambios corporales adolescentes. Aumento rápido de peso. Enfermedad adelgazante. Aumento actividad física.
- Mantenedores: Estado de inanición.

•Psicológicos:

- Introversión, desequilibrios, inseguridad, miedo a la madurez, dificultad para la independencia y autonomía.
- Subtipo "restrictivas": Hiperresponsabilidad, perfeccionismo, rigidez, valoración por los logros, necesidad de aprobación, autocontrol, auto-exigencias, sentimiento de ineficacia.
- Subtipo "purgativas": Descontrol impulsivo, reacciones distímicas.
- Precipitantes: Contactos sexuales. Críticas sobre el cuerpo. Accidentes con desfiguración. Cogniciones anoréxicas.

•Sociales:

- Factores familiares: Organización familiar disfuncional. Eludir continuamente el conflicto, no asumir el rol que le corresponde. Malos hábitos alimentarios o elevada preocupación por los alimentos. Problemas conyugales, generalmente no reconocidos. Dificultad para asumir la autonomía y la independencia de los hijos. Familias sobreprotectoras.
- Modas estéticas***: Importancia al aspecto físico (belleza = éxito). Publicidad, tallaje de grandes empresas textiles...
- Nivel social medio/ alto. Sociedad del bienestar, abundancia de comida...
- Precipitantes: Separaciones y pérdidas. Rupturas de los padres. Acontecimientos vitales.

•El círculo vicioso infernal:

Factores predisponentes (vulnerabilidad)/ precipitantes → Dieta → Pérdida de peso → Malnutrición → Cambios neuroendocrinos y fisiológicos → Cambios psicopatológicos → Más dieta.

15.9. BULIMIA NERVIOSA

•Biológicos:

- Relativa mayor concordancia MZ (30%).
- Antecedentes familiares de trastorno afectivo: probable factor de riesgo.
- Frecuente co-morbilidad (y antecedentes familiares) de abuso alcohol y drogas.
- Posible hipofunción serotoninérgica. Posible hipoactividad noradrenérgica (secundaria?). Posible acción de neuro-péptidos.
- Obesidad y sobrepeso.

•Psicosociales:

- Frecuentes trastornos de personalidad:
 - +Búsqueda de emociones, falta de persistencia, tendencia a la disforia.
 - +Impulsividad, desinhibición, ausencia de normas, hábitos desestructurados, inestabilidad afectiva.
- Antecedentes de AV estresantes, de abuso sexual (hasta en 20% de las pacientes), malos tratos en infancia.

•Factores socioculturales: ≈ Anorexia.

DIAGNÓSTICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

15.10. ENTREVISTAS Y EVALUACIÓN DE LOS TCA

•Conceptos generales

-Es de **gran importancia la detección precoz** de los TCA (de ello va a depender la evolución). La confirmación diagnóstica es a cargo del psiquiatra o psicólogo.

-Ante la sospecha de AN, se debería prestar atención a la evaluación clínica global (repetida en el tiempo), incluyendo: ritmo de pérdida de peso, curva de crecimiento en niños, signos físicos objetivos y pruebas de laboratorio apropiadas.

-En las entrevistas se debe tener un clima de confianza empático y activo, con gran seguridad, sin engaños, sensibilizarse con el problema, evitar que se identifiquen como “anoréxicas”, evitar los moralismos y la culpabilización.

-No alarmar, pero ser realista. Son pacientes muy difíciles, evitar hablar de comidas o imagen corporal de forma directa en las primeras sesiones.

-Se recomienda el uso de cuestionarios adaptados y validados en población española para la identificación de casos (cribado) de TCA.

•Componentes de la evaluación

1. Patología alimentaria

- Diagnóstico del trastorno alimentario.
- Factores predisponentes.
- Factores precipitantes.
- Factores de mantenimiento de la enfermedad.
- Diagnóstico nosológico (CIE 11 y DSM5).

2. Psicopatología

- Diagnósticos psiquiátricos asociados.
- Factores psicopatológicos que estén influyendo en el TCA.
- Trastornos de la personalidad.
- Comorbilidad.

3. Estado físico

- Estado nutricional.
- Enfermedades asociadas.
- Situaciones de riesgo.
- Necesidad de hospitalización.
- Pruebas complementarias: IMC, analíticas, pruebas de imagen,...

15.11. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Enfermedades médicas:** Anorexia (caquexia hipofisaria, cáncer,...).
- **Trastornos Orgánicos:** Hiperfagia / anorexia en algunos trastornos hipotalámicos (y demencias).
- **Abuso de sustancias:**
 - Co-morbilidad con bulimia nerviosa.
 - Anorexia en abuso de anfetaminas, cocaína (y otros).
- **EQZ:**
 - Rechazo alimentario en EQZ paranoide / EQZ catatónica / paranoia.
 - Hiperfagia / conductas desordenadas en pacientes muy deteriorados.
- **Manía / euforia:** Hiperfagia.
- **Depresión Mayor:** Anorexia / rechazo alimentario, pérdida de peso.
- **Neurosis, etc.:**
 - Fobias específicas: evitación de alimento.
 - TOC: rituales compulsivos de evitación.
 - Trastornos de síntomas somáticos: disfagias neurovegetativas, etc., solapamientos con trastornos conversivos / disociativos.
 - Hipocondriasis: anorexia por temor a grave enfermedad digestiva, etc.
 - Trastornos reactivos / de adaptación: anorexia.
- **Trastornos de personalidad:**
 - Rechazo alimentario, búsqueda de “ventajas secundarias”, etc.

TRATAMIENTO (ver esquema 2.7)

15.12. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

- Tratar la desnutrición y la depresión son las dos entidades determinantes para valorar la evolución de la anorexia nerviosa.
- Evaluar el estado nutritivo del paciente a fin de planificar las necesidades correctas energéticas, la renutrición y la supresión de los hábitos de purgas.
- Alcanzar y mantener y el peso mínimo para tratamiento ambulatorio, desaparición de la amenorrea.
- Conseguir el crecimiento y desarrollo adecuado en infancia y pubertad.
- Iniciar/reiniciar la educación nutricional. Potenciar la motivación de los pacientes para cooperar en el restablecimiento de patrones de alimentación normales y participación en el tratamiento.
- Ayudar a los pacientes a reevaluar y modificar sus cogniciones, actitudes, motivos, conflictos y sentimientos disfuncionales en relación a TCA.
- Tratar las complicaciones físicas.
- Conseguir el apoyo de la familia y proporcionar orientación psicopedagógica y terapia familiar.
- Evitar recaídas y tratar los trastornos psiquiátricos asociados.
- Es muy importante la atención conjunta psiquiatra y pediatra en los casos especiales como pacientes con diabetes.

15.13. CUÁNDO REMITIR UN PACIENTE AL ESPECIALISTA

- Cuadros bien establecidos (son complicados casi siempre, y requieren tratamiento especializado, multi-disciplinar en general).
- Dificultades diagnósticas, diagnóstico diferencial.
- Por el contrario, el tratamiento / atención preventiva por el médico general / pediatra puede evitar la instauración del cuadro.
- Usualmente no es urgente: Importante excepción: riesgo autolítico / riesgo vital (situación médica).
- Es importante convencer al / a la paciente, pero puede ser necesaria una excepcional firmeza, también con los padres.

15.14. ANOREXIA NERVIOSA: TRATAMIENTO

Urgencias (¡evitar que se muera el paciente!): posible riesgo vital, riesgo autolítico.

Hospitalización (hay criterios médicos de ingreso por riesgo.):

- Si hay muy importante pérdida ponderal / fracaso tratamiento / negación persistente de la enfermedad / complicaciones médicas graves / seria co-morbilidad psiquiátrica.

Tratamiento precoz y mantenido: muy importante

- Hospital de día: tratamiento preferido en casos no tan graves pero persistentes.
- Fundamental:
 - Colaboración (paciente y familia).
 - Rehabilitación nutricional y recuperación del peso.
 - Tratamiento de la co-morbilidad asociada.
- Casi siempre es necesario un seguimiento de años.

Tratamiento farmacológico:

- En los TCA el tratamiento psicofarmacológico tiene un papel secundario, empleándose si existe sintomatología asociada a pesar de la recuperación ponderal.
 - Pocos estudios "controlados", muchos fármacos ensayados, limitada evidencia de efectividad.
 - Ciproheptadina (estimulante del apetito), Antipsicóticos a dosis bajas, Antidepresivos.

Tratamiento psicológico (psico-social):

- La psicoterapia se considera el tratamiento fundamental, ya que tratar los problemas nutricionales sin abordar las dificultades del paciente y los conflictos en su mundo relacional sería un tratamiento inadecuado e insuficiente. Por eso se lleva a cabo una atención individualizada al entorno de estudios / profesional. Las asociaciones de familiares presentan ventajas (y limitaciones).
 - Se utilizan: terapia motivacional, terapia cognitivo conductual, terapia interpersonal, terapia de grupo (puede ser de mucha utilidad) e intervenciones familiares (promoviendo la diferenciación y la autonomía del paciente). Integrar a la familia en el tratamiento, especialmente en población adolescente, es un aspecto clave del programa terapéutico.

Criterios de "curación" incluyen (además del peso adecuado):

- Imagen corporal adecuada, sin ideas sobrevaloradas.
- Ausencia de psicopatología, vuelta de la menstruación.
- Superación de cogniciones anómalas.

15.15. BULIMIA NERVIOSA: TRATAMIENTO

Urgencias:

-Riesgo autolítico importante.

Hospitalización:

No suele ser necesaria. Excepciones: Complicaciones médicas graves/ seria co-morbilidad psiquiátrica/ riesgo de suicidio.

La mayoría mejoran en pocos meses con un tratamiento bien estructurado ambulatorio.

Tratamiento farmacológico:

-Pocos estudios "controlados". Muchos fármacos ensayados.

-Fenfluramina (regulador del apetito, coadyuvante si hay poca co-morbilidad psiquiátrica). También se utilizan: antidepresivos a altas dosis, antiepilépticos,... sobre todo si: depresión/ ansiedad/ obsesiones/ descontrol de impulsos / fallo tratamiento psicoterapéutico.

Tratamiento psicológico (psico-social):

-“Todas” las técnicas son de ayuda (75% reducción sintomatología, 40% abstinencia).

-Terapia cognitivo-conductual: muy buena respuesta a corto plazo, pero tendencia a recaídas.

-Mejor pronóstico si se combina con otras terapias interpersonales.

-Consejo nutricional es muy importante siempre.

-Posibilidad de terapias de grupo, grupos de auto-ayuda.

-Importancia de la atención individualizada al entorno socio-profesional.

15.16. EVIDENCIAS CIENTÍFICAS DE LOS TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (Fonseca et al., 2021)

	Psicoterapia ¹	Nivel ²	Grado recomendación ³
Anorexia	TCC	1-	B
	MANTRA	2++	B
	SSCM	2++	B
Bulimia	TCC	1++	A
	TCC autoayuda	1+	A
	TIP	2+	C
Tr. Atracón	TCC	1-	B

¹TCC: Terapia cognitivo-conductual; MANTRA: Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults; SSCM: Specialist Supportive Clinical Management; TIP: Terapia interpersonal.

²Los niveles dependen de la calidad y cantidad de estudios científicos publicados, desde el 1++ hasta el 4, en orden decreciente.

³El grado de recomendación va desde A hasta D, en orden decreciente.

15.17. TCA Y TERAPIA OCUPACIONAL. CONCEPTOS GENERALES

•*Barris (1986) y Martín (2000)*: Las personas con TCA tienen una disfunción no sólo en sus actitudes y hábitos relacionados con la comida y el control del peso, sino también en su búsqueda, elección, ajuste y compromiso con la ocupación significativa, lo cual impacta de manera negativa en la construcción y desarrollo de su identidad ocupacional y, por tanto, en su calidad de vida.

•En definitiva, presentan una **disfunción ocupacional**. La evaluación del comportamiento ocupacional (*resultado de la interacción de la persona y su entorno a través de la ocupación*) y el uso de la ocupación para facilitar el cambio en el paciente es una de las características principales de la Terapia Ocupacional.

•*Bellido*: en las personas con TCA se ven especialmente alteradas las **habilidades cognitivas** (rigidez extrema de pensamiento, ideas irracionales, percepción distorsionada de su eficacia e imagen corporal, etc.), las **habilidades emocionales** (muy poca tolerancia al fracaso y a la frustración, a la soledad, al abandono o rechazo, dificultades de manejo emocional, para reconocer emociones y controlarlas, etc.) y las **habilidades sociales** (dificultades para empatizar, escasa asertividad especialmente ante las críticas, estilo de comunicación agresivo o pasivo-agresivo, conductas manipulativas, etc.).

•Las personas con **anorexia nerviosa** suelen ser competentes y alcanzan logros en su vida. Son muy perfeccionistas en lo que hacen y exigentes consigo mismas. En el ámbito escolar suelen ser alumnas aventajadas. Pero tras el éxito externo a menudo se esconden sentimientos de inseguridad, incapacidad, insatisfacción y excesiva dependencia de la opinión de los demás., marcada por la rigidez y los extremos (o todo o nada). En su anhelo de lograr la perfección física puede llegar a creer que controlando su peso obtendrá la sensación de independencia y competencia en todos los aspectos de su vida. Sin embargo, de manera contradictoria, los efectos de la inanición pueden impedirle que interactúe con éxito con su entorno.

•Las personas con **bulimia nerviosa** no suelen tener tanta necesidad de ocupación, sin embargo, el significado de la ocupación parece haberse perdido o invertido.

15.18. TCA Y TERAPIA OCUPACIONAL. EVALUACIÓN

(Bridges, 1993)

•**Siete áreas de evaluación:**

- Estado general del paciente.
- Estado físico.
- Imagen de sí mismo.
- Estimación de la talla corporal.
- Manejo del tiempo.
- Intereses y actividades.
- Equilibrio entre control interno y externo.

•**La entrevista profesional debería explorar:**

- Motivación para el cambio.
- Grado de *insight*, grado de atención y concentración.
- Intereses personales y habilidades.
- Sentimientos sobre su familia.
- Ámbito laboral o escolar.
- Vida social y familiar.

15.19. TCA Y TERAPIA OCUPACIONAL. INTERVENCIÓN

(Bellido, adaptado)

Nivel 1:

•**Concepto:** Utilizar el potencial terapéutico de la actividad para trabajar sus déficits cognitivos, emocionales y sociales.

•**Planteamiento general:** Mediante *actividades corporales, actividades de introspección y actividades de exploración*, podemos ayudar a la persona a iniciar un proceso de individualización:

-Reconocer emociones y valores.

-Crear proyectos que promuevan la autoestima.

-Favorecer la descentralización de la persona de su cuerpo y de la sensación de control absoluto.

-Favorecer oportunidades de contactar de manera saludable y satisfactoria con su propio cuerpo.

•Técnicas:

a) Mediante *actividades de dinámica de grupo*, y otras actividades con un proyecto grupal (ej.: teatro, actividades corporales grupales,...) podemos ayudar a fomentar en la persona el sentimiento de pertenencia a un grupo y a sentirse reconocidas por los demás por encima de sus déficits e imperfecciones.

b) Con del *juego* podemos ofrecer ambientes y actividades que favorezcan la exploración del entorno y de sí mismos, de manera que además tengan la oportunidad de participar en un espacio de reflexión en el que el fracaso sea visto como necesario y vivenciado como una oportunidad para el cambio.

c) A través del *entrenamiento en habilidades sociales* podemos crear un espacio de reflexión sobre cómo interactuamos con los demás y sus consecuencias, especialmente de la no asertividad, y descubrir caminos diferentes de interacción.

d) Llevando a cabo *talleres de imagen personal, talleres de la vida diaria* (planificación, compra, elaboración de menús, cocina, consumo adecuado; higiene y vestido, compras de ropa...), *actividades de relajación y talleres corporales, actividades de solidaridad y actividades de ocio* podemos ofrecer oportunidades de entrenamiento en habilidades de la vida diaria imprescindibles para el desarrollo del autocuidado, la aceptación y la autovaloración personal.

Nivel 2:

•**Concepto:** Usar el potencial terapéutico de la ocupación como medio para reestructurar su disfunción ocupacional.

•Técnicas:

a) *Productividad*: Nos centraremos en ayudarle a encontrar roles productivos que sean significativos para la persona (que desarrollen su sentimiento de competencia y tengan valor e interés personal). Para ello realizaremos un proceso de orientación vocacional, analizando cómo encajan sus habilidades, intereses y valores profesionales con los personales.

b) *Ocio*: Explorar y aprender roles de aficionado y de amigo. Para ello favoreceremos la identificación de actividades y tareas placenteras en las actividades individuales y grupales que se llevan a cabo en un entorno protegido (hospital, etc.). Se lleva a cabo también un plan de exploración de actividades de ocio grupal e individual en la comunidad.

c) *Automantenimiento*: Nos centraremos en ayudarle a encontrar un equilibrio saludable y satisfactorio en el desarrollo de sus roles ocupacionales, organizando una rutina integral, donde se cubren las necesidades de participación productiva, de disfrute y las actividades de la vida diaria. Se pacta con la paciente una rutina inicialmente rígida, un plan donde se incluye la alimentación, horarios de sueño normalizados, horas mínimas de descanso, actividades de ocio (detectadas, exploradas y pactadas previamente) y las actividades productivas.

15.20. PRONÓSTICO DE LOS TCA

Factores	Anorexia nerviosa	Bulimia nerviosa
Buen pronóstico:	-Inicio temprano. -Buen ambiente familiar y paterno-filial. -Tratamiento temprano.	-Tratamiento adecuado y estandarizado.
Mal pronóstico:	-Co-morbilidad psiquiátrica importante. -Mal ambiente familiar y paterno-filial. -Conductas de tipo bulímico. -Cronicidad.	-Trastorno "límite" de la personalidad (Impulsividad, mala adaptación social y caóticas relaciones interpersonales, conductas auto-destructivas, etc.). -Cronicidad.
No está claro:	-El género del paciente. -Una personalidad específica.	

15.21. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL

•Disfunciones:

- +Disfunción orgásmica femenina: 5-30%.
- +Disfunción eréctil: 10-20%.
- +Eyaculación precoz: 35%.
- Consultas en aumento.
- Mujeres: Más quejas de la calidad subjetiva (amplio espectro).
- Varones: Más quejas de fracaso de respuesta (líbido conservada).
- Etiología "psicosomática", incierta.
- Atención a depresión, fobias.
- Efectividad de tratamientos sencillos, psicológicos / conductuales.

•Otros (consultas infrecuentes, relevancia clínica, persistencia):

- Identidad sexual: Disforia de género, etc.
- Inclinación sexual (parafilias): Fetichismo, Exhibicionismo, Masoquismo, etc.
- Orientación sexual: Hetero, Homosexualidad egodistónicas.

15.22. DISFUNCIONES SEXUALES. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

- Aportaciones: Masters & Johnson... sentido común clínico.
- Fundamental: Informar / corregir errores; desdramatizar; relación de pareja; motivar para superar el problema; reducir ansiedad / miedo al fracaso.
- Técnicas sencillas: contactos físicos progresivos (al principio sin connotación sexual) → progresivos contactos sexuales.
- Fobia sexual: valoración y tratamientos específicos (EPR, TCC, etc.).
- Psicoterapias específicas:
 - +Focalización sensorial.
 - +Fortalecimiento MPC.
 - +Técnica compresión y/o parada / arranque (eyaculación precoz).
 - +Dilatación progresiva (vaginismo, dispareunia).
 - +Dinámicas, interpersonales.
 - +Terapia de pareja.

EL SUEÑO

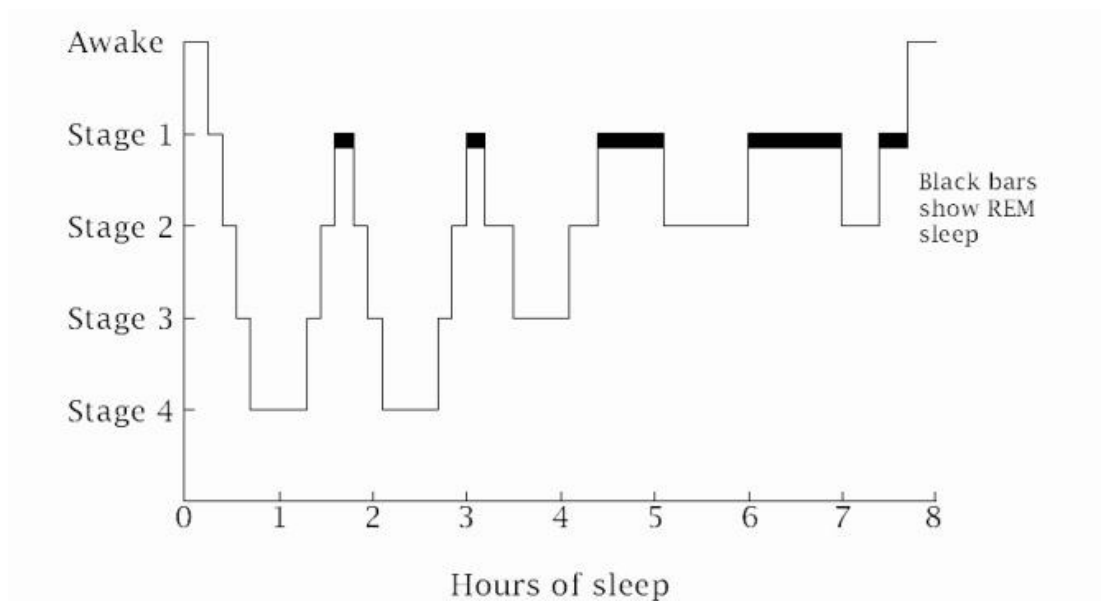
15.23. NEUROFISIOLOGÍA DEL SUEÑO. SUEÑO NORMAL

•Durante una noche de sueño existe una sucesión de estadios (cada fase REM va precedida de una noREM), que se denomina **ciclo de sueño**, que se repite un número variable de veces, entre tres y siete.

•El sueño durante la noche se estructura en 4-5 ciclos, cada ciclo dura entre 70 y 100 minutos.

•En cada ciclo hay un periodo de sueño No REM que se divide en sueño superficial (fase I y II) y sueño profundo (fase III y IV) y un periodo de sueño REM.

•A lo largo de la vida cambia la estructura del sueño y las necesidades respecto a la duración: en el recién nacido hay más tiempo de sueño REM, en la edad adulta sólo es el 25% y en los ancianos el sueño es más superficial, dura menos y el sueño REM disminuye progresivamente.



15.24. TRASTORNOS DEL SUEÑO

•Tienen una alta prevalencia, afectan a lo largo de la vida a una de cada tres personas.

•Con frecuencia son comórbidos con otros trastornos psiquiátricos empeorando su evolución.

•Según los síntomas los trastornos del sueño se clasifican en:

-Disomnias: Trastornos de la cantidad de sueño (aumento o disminución). Trastornos de la calidad del sueño.

-Alteraciones del ritmo circadiano.

-Parasomnias: trastornos del sueño en los que aparecen fenómenos o comportamientos anormales.

15.25. INSOMNIO

•Concepto:

-Dificultad para iniciar el sueño (> 20-30 minutos), mantenerlo (> 20-30 minutos tras haberlo conciliado) o despertarse pronto (menos de 6.5 horas), ≥ 3 noches/semana, durante ≥ 3 meses, en condiciones favorables para dormir. Para ser patológico es necesario que haya malestar o deterioro diurno significativo en relación con la dificultad para dormir.

-Los síntomas del insomnio cambian en función de la edad; siendo los problemas para mantener el sueño los más frecuentes en la edad avanzada.

-La continuidad del sueño se interrumpe con frecuencia en sujetos ancianos sanos, sin síntomas diurnos, lo que no es patológico.

-El aumento de la prevalencia del insomnio en adultos mayores se explica por: mayor incidencia de problemas de salud física y cambios en patrones de sueño por la edad.

-Las alteraciones del sueño son más probable en: sujetos predispuestos que se exponen a acontecimientos precipitantes (enfermedades, duelos,...) o estrés diario menos grave pero más crónico.

•Epidemiología:

-Prevalencia en población adulta: 20-30% ("importante" en 15%).

-Prevalencia en consultas médicas: 20%.

•De corta duración (<3 semanas):

-Estrés, Ambiental, Fármacos, Estimulantes.

→ Tratamiento etiológico + Hipnóticos (BZD's, otros).

•De larga duración (3+ semanas):

+Trastornos psíquicos (y abuso sustancias): 50%.

+Trastornos orgánicos, etc.: 35%.

+Insomnio "primario": 15%

15.26. TRATAMIENTO DEL INSOMNIO DE LARGA DURACIÓN

El tratamiento incluye la combinación de medidas farmacológicas y no farmacológicas.

Siempre que sea posible → tratamiento etiológico.

•Primer abordaje (medidas conductuales de higiene del sueño):

-Usar la cama "sólo" para dormir. Evitar relacionarla con actividades (TV, leer, trabajar).

-Mantener patrones regulares de sueño.

-Practicar rutinas relajantes antes de acostarse (relajación, etc.).

-Aumentar la actividad diaria.

-Realizar ejercicio moderado, pero no previo a ir a dormir.

-Evitar siestas de >30 minutos.

-Comidas regulares y no copiosas antes de dormir.

-Evitar la estimulación ambiental excesiva (luz, ruidos, calor,...) y los estimulantes SNC (cafeína, nicotina, alcohol,...).

-Facilitar un ambiente agradable (temperatura, luz, música, ventilación, etc.).

-Retirar del dormitorio relojes o señales luminosas.

•Segundo abordaje (psicoterapéutico: TCC, técnicas de relajación,...)

-Evitar mantenerse en la cama si tras 20-30 minutos no se ha dormido. Se aconseja levantarse y hacer una actividad relajante antes de volver a la cama (repetirlo tantas veces como sea necesario), evitando quedarse dormido en un lugar que no sea la cama.

-En casos graves se usa la restricción del sueño, permaneciendo en la cama sólo el tiempo que crea que suele dormir y ampliando el horario según los progresos.

•Tercer abordaje (farmacológico):

-Hipnóticos BZD de vida media corta (¡atención a tolerancia y dependencia!).

-Antidepresivos sedantes: efectividad, sin el riesgo de tolerancia / dependencia.

Tema 16. Trastornos de la personalidad y del comportamiento en el adulto. Trastornos del control de impulsos.

16.1. OBJETIVOS PARA EL TO

- Proporcionar conceptos generales.
- Aclarar las dificultades de “modelos médicos” o “de enfermedad”: el **modelo “dimensional”**.
- Enfatizar las situaciones en las que el TO puede encontrar estos trastornos.
- Proporcionar un sencillo esquema etiológico.
- Formar en competencias de cómo actuar con el paciente:
 - +Principios de actuación.
 - +Riesgos a evitar.
- Proporcionar criterios generales sobre:
 - +Los principios del tratamiento por especialistas.
 - +Los dilemas científicos y las inquietudes de la investigación.

CONCEPTO Y CLÍNICA

16.2. CONCEPTO GENERAL

- Trastornos en la manera de ser.
- Rasgos de personalidad que se desvían “estadísticamente” de la norma.
- Causan problemas al sujeto (y/o a la sociedad que le rodea).
- Tiene suficiente entidad clínica → recomendable una intervención.

•Criterios CIE-10:

- Disarmonía (varias áreas) +
- Larga duración.
- Generalizada y afecta amplio espectro de situaciones.
- Comienzo en la niñez.
- Malestar personal.
- Normalmente afecta: ocupación, social.
- 3+ rasgos.
- Dificultades de adaptación social (no siempre).

Las dificultades de las clasificaciones categoriales.

- El modelo “dimensional” (DSM5 y CIE-11).
- La insuficiente/ todavía temprana “validación” de las categorías.
 - +Categorías mixtas.
 - +Clasificación asistemática.

16.3. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. CARACTERÍSTICAS (DSM5)

- Rasgos persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales.

- Son patológicos cuando son inflexibles y desadaptativos, causan deterioro funcional o un malestar subjetivo.

Criterios generales DSM-5

- Patrón duradero: forma persistente de pensar, sentir y comportarse que se desvía de las expectativas culturales.

- Afecta al menos 2 áreas:

- Cognición (forma de percibir e interpretarse a uno mismo y a los demás, o los acontecimientos).

- Afectividad (gama, intensidad, variabilidad y adecuación de la respuesta emocional).

- Funcionamiento interpersonal.

- Control de impulsos.

- Rigidez e inflexibilidad: el patrón es estable y aparece en múltiples situaciones.

- Malestar o deterioro: provoca sufrimiento significativo o problemas en lo social, laboral, etc.

- Inicio temprano: se remonta al menos a la adolescencia o inicio de la adultez.

- Estabilidad en el tiempo: no es algo puntual o episódico.

- No se explica mejor por: otro trastorno mental, uso de sustancias (drogas, medicación), enfermedades médicas.

Grupos (clusters) de trastornos de personalidad:

- Cluster A (raros o excéntricos), característica común: pensamiento extraño o aislamiento social: Paranoide, Esquizoide y Esquizotípico.

- Cluster B (dramáticos, emocionales o erráticos), característica común: impulsividad y emocionalidad intensa: Antisocial, Límite (*borderline*), Histriónico y Narcisista.

- Cluster C (ansiosos o temerosos), característica común: ansiedad y miedo: Evitativo, Dependiente y Obsesivo-compulsivo.

- En el DSM-IV (**diagnóstico penta-axial**), los trastornos de personalidad se clasificaban en el eje II:

- Eje I: Trastornos clínicos.

- Eje II: Trastornos de la personalidad.

- Eje III: Enfermedades médicas.

- Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales.

- Eje V: Evaluación de la actividad global.

16.4. CLASIFICACIONES

**Kurtz Schneider
"Psicopáticas"**

	CIE10	DSM5	
Hipertímico	Paranoide	Paranoide	Grupo A: Excéntricos "Weird"
Deprimido	Esquizoide	Esquizoide	
Inseguro		Esquizotípico	
Fanático	Disocial	Antisocial	Grupo B: Inmaduros "Wild"
Explosivo	De inestabilidad emocional:	Límite	
Inestable	-Impulsivo.		
Deseoso de notoriedad	-"Límite" / <i>Borderline</i> .		
	Histriónico	Histriónico	
		Narcisista	
Desalmado ó anético	Ansioso (con conducta de evitación)	Por evitación	Grupo C: Temerosos "Worried"
Abúlico	Dependiente	Por dependencia	
Asténico ó nervioso	Anancástico (obsesivo)	Obsesivo-Comp.	
		No especificado	

Trastornos Mixtos.
Transformaciones persistentes:
-Tras experiencia catastrófica.
-Tras enfermedad psiquiátrica.
-Trastorno orgánico (tras lesión cerebral).

16.5. TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD

-Criterio principal: patrón dominante de: Desconfianza y suspicacia generalizada, Interpretación de las intenciones de los demás como maliciosas.

-Criterios específicos (≥ 4 necesarios):

- +Sospecha sin base suficiente (cree que otros lo explotan, dañan o engañan).
- +Preocupación por la lealtad (duda injustificadamente de la fidelidad de amigos o colegas).
- +Reticencia a confiar (no comparte información por miedo a que se use en su contra).
- +Interpretaciones ocultas (e significados amenazantes o humillantes en comentarios neutros).
- +Rencor persistente (no perdona insultos, agravios o desprecios durante mucho tiempo).
- +Percepción de ataques (percibe ataques a su carácter o reputación sin base clara, reacciona rápidamente con ira o contraataque).
- +Celos injustificados (sospechas recurrentes e infundadas sobre la fidelidad de la pareja).
- +Combativo y poco realista ante sus propios derechos, querulante.

16.6. TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD

-Criterio principal: patrón dominante de: Desapego de las relaciones sociales, Expresión emocional limitada.

-Criterios específicos (≥ 4 necesarios):

- +No desea ni disfruta relaciones cercanas (incluye formar parte de una familia).
- +Prefiere actividades solitarias (elige estar solo casi siempre).
- +Escaso interés en experiencias sexuales (con otra persona).
- +Disfruta de pocas actividades (pocas cosas le resultan placenteras).
- +Pocos o ningún amigo cercano (más allá de familiares de primer grado).
- +Indiferente a elogios o críticas (no le afectan las opiniones de otros).
- +Frialdad emocional (afecto aplanado o restringido).

16.7. TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD (DSM5)

-Criterio principal: patrón dominante de: Déficits sociales e interpersonales, Malestar intenso en las relaciones cercanas, Distorsiones cognitivas/perceptivas + conducta excéntrica.

-Criterios específicos (≥ 5 necesarios):

- +Ideas de referencia (cree que eventos externos se relacionan con él, sin llegar a delirio).
- +Creencias raras o pensamiento mágico (ej: supersticiones, telepatía, "sexto sentido").
- +Experiencias perceptivas inusuales (ej: ilusiones corporales).
- +Pensamiento y lenguaje extraños (vago, metafórico, estereotipado o circunstancial).
- +Susplicia o ideación paranoide (desconfianza frecuente).
- +Afecto inapropiado o restringido (emociones raras o poco congruentes).
- +Comportamiento o apariencia excéntrica (ropa, conducta o manierismos extraños).
- +Falta de amigos cercanos (excepto familiares de primer grado).
- +Ansiedad social excesiva (no disminuye con la familiaridad y suele asociarse a paranoia).

16.8. TABLA COMPARATIVA DE LOS TRASTORNOS DEL CLUSTER A

Característica	Paranoide	Esquizoide	Esquizotípico
Rasgo central	Desconfianza extrema	Desapego social	Rareza + distorsiones cognitivas
Relaciones sociales	Quiere relacionarse pero desconfía	No desea relaciones	Quiere pero le cuesta (ansiedad/paranoia)
Emoción	Irritable, suspicaz	Frío, distante, poco expresivo	Extraña o inapropiada
Pensamiento	Interpretaciones maliciosas	Pensamiento normal pero poco interés	Ideas raras, pensamiento mágico
Percepción de otros	Amenazantes	Indiferentes	Extraños/inquietantes
Conducta	Defensivo, vigilante	Aislado, solitario	Excéntrico, raro
Confianza	Muy baja	Indiferente	Baja (por ansiedad/paranoia)
Ideas de referencia	No típicas	No	Sí (leves)
Pensamiento mágico	No	No	Sí
Afecto	Tenso/hostil	Plano o restringido	Inapropiado o raro

Claves rápidas para diferenciar:

- Paranoide → "Desconfía de todos". Sí se relaciona, pero desde la sospecha constant.
- Esquizoide → "No necesita a nadie". NO sufre por estar solo (esto es clave).
- Esquizotípico → "Raro/extraño (casi psicótico pero no llega)". es el más cercano a los trastornos psicóticos como la Esquizofrenia.

16.9. TRASTORNO ANTISOCIAL (DISOCIAL) DE LA PERSONALIDAD

-Criterio principal :patrón dominante de desprecio y violación de los derechos de los demás.

-Desde los 15 años, y continúa en la adultez.

-Criterios específicos (≥ 3 necesarios):

+Fracaso a adaptarse a las normas sociales, . despreocupación social.

+Incumplimiento de normas legales (actos que pueden ser motivo de detención).

+Engaño (mentiras repetidas, uso de alias, estafas), deshonestidad.

+Impulsividad (falta de planificación), imprudencias, tendencia a accidentalidad.

+Irritabilidad, baja tolerancia a frustración y agresividad (peleas físicas o agresiones).

+Despreocupación por la seguridad (propia o de los demás).

+Irresponsabilidad persistente (incumplimiento laboral o económico).

+Falta de remordimiento (incapacidad para sentir culpa, para aprender del castigo): indiferencia o racionalización tras dañar a otros (culpa a los demás), crueldad, falta de empatía.

+Incapacidad para relaciones duraderas.

-Criterios adicionales (importantes):

+Edad ≥ 18 años.

+Evidencia previa de trastorno de conducta antes de los 15 años.

16.10. TRASTORNO LÍMITE (DE INESTABILIDAD EMOCIONAL) DE LA PERSONALIDAD

-Criterio principal: patrón dominante de:

+Inestabilidad en relaciones, autoimagen y afectos.

+Impulsividad intensa (pobre control de impulsos, escasa planificación de conductas).

-Criterios específicos (≥ 5 necesarios):

+Esfuerzos frenéticos para evitar abandono real o imaginado (miedo intenso a ser abandonado).

+Relaciones interpersonales inestables (alterna entre idealización y devaluación: “todo o nada”).

+Alteración de la identidad (autoimagen o sentido de sí mismo inestable).

+Impulsividad en ≥ 2 áreas dañinas (ej: gastos, sexo, sustancias, conducción temeraria, atracones).

+Conducta suicida o autolesiones (gestos, amenazas o conductas de automutilación).

+Inestabilidad afectiva (cambios intensos del estado de ánimo: horas-días, “humor caprichoso”).

+Sentimientos crónicos de vacío.

+Baja tolerancia a la frustración.

+Ira intensa, inapropiada o dificultad para controlarla (explosiones de ira, peleas).

+Ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos (relacionados con el estrés).

-Dos subtipos:

+**Tipo impulsivo**: Impulsividad, violencia (trastorno explosivo).

+**Tipo límite** (“borderline”): Inestabilidad emocional, Auto-imagen, objetivos y preferencias confuses, Relaciones intensas / inestables, Conductas autolíticas (gestos suicidas), urgencias, ingresos.

16.11. TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD

-Criterio principal: patrón dominante de: Emotividad excesiva, Búsqueda constante de atención.

-Criterios específicos (≥ 5 necesarios):

- +Incomodidad si no es el centro de atención (necesidad constante de ser el foco).
- +Conducta seductora o provocativa inapropiada (interacciones con connotación sexual no adecuada).
- +Expresión emocional superficial y cambiante (emociones rápidas pero poco profundas).
- +Uso del aspecto físico para llamar la atención (excesiva preocupación por la apariencia).
- +Forma de hablar exagerada y poco detallada (discurso vago, sin concretar).
- +Dramatización y teatralidad (exageración emocional y búsqueda de atención).
- +Sugestionable (fácilmente influenciable por otros o por circunstancias).
- +Considera las relaciones más íntimas de lo que son (sobreestima el grado de cercanía).
- +Egocéntrico, Necesita ser querido / apreciado.
- +Desea excitación y ser centro de atención, Manipulador.

16.12. TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD (DSM5)

-Criterio principal: patrón dominante de: Grandiosidad, Necesidad de admiración y Falta de empatía.

-Criterios específicos (≥ 5 necesarios):

- +Sentido grandioso de la propia importancia (exagera logros y talentos).
- +Fantasías de éxito ilimitado (poder, belleza, brillantez o amor ideal).
- +Se considera especial o único (cree que sólo puede relacionarse con personas de alto estatus).
- +Necesidad excesiva de admiración.
- +Sentido de derecho (*entitlement*) (expectativas irracionales de trato favorable).
- +Explotación interpersonal (usa a otros para sus propios fines).
- +Falta de empatía (dificultad para reconocer las necesidades ajenas).
- +Envidia de otros o cree que otros le envidian (actitudes y comportamientos arrogantes).

16.13. TABLA COMPARATIVA DE LOS TRASTORNOS DEL CLUSTER B

Característica	Antisocial	Límite (Borderline)	Histriónico	Narcisista
Rasgo central	Violación de normas	Inestabilidad emocional	Búsqueda de atención	Grandiosidad
Relaciones	Instrumentales (uso)	Intensas e inestables	Superficiales pero llamativas	Superficiales, por estatus
Empatía	Ausente	Variable	Superficial	Muy baja
Impulsividad	Alta	Muy alta	Moderada	Baja
Emoción	Fría/irritable	Muy inestable	Exagerada superficial	Más bien estable pero frágil
Autoimagen	Inflada/justificadora	Inestable	Dependiente de otros	Grandiosa
Conducta clave	Delito, engaño	Autolesiones, abandono	Sedución, teatralidad	Explotación, arrogancia
Relación con normas	Las viola	Puede romperlas impulsivamente	Generalmente las respeta	Las ignora si no le benefician
Culpa/remordimiento	No	Sí (pero inestable)	Superficial	No
Motivación principal	Beneficio propio	Evitar abandono	Ser el centro	Ser admirado

Claves rápidas para diferenciar:

- Antisocial → “daña a otros y no siente culpa”.
- Límite → “emociones caóticas + miedo al abandono”.
- Histriónico → “quiere atención y dramatiza”.
- Narcisista → “se cree superior y necesita admiración”.

16.14. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (ANANCÁSTICO) DE LA PERSONALIDAD

-Criterio principal: patrón dominante de: Preocupación por el orden, perfeccionismo y control mental/interpersonal, Rigidez y obstinación.

-Criterios específicos (≥ 4 necesarios):

+Preocupación por los detalles, reglas, listas, orden o programas (puede interferir con la tarea principal).

+Perfeccionismo (indecisión, meticulosidad, escrupulosidad) que interfiere con la finalización de tareas.

+Dedicación excesiva al trabajo y productividad (a expensas de actividades recreativas y relaciones sociales).

+Excesiva conciencia sobre la responsabilidad y normas morales (pedantería, convencionalismo).

+Dificultad para desechar objetos (incluso cuando no tienen valor real) o delegar tareas.

+Rigidez (tozudez, obstinación) e inflexibilidad (en moral, ética o valores).

+Austeridad y tacañería (acumula dinero por miedo a futuros desastres).

+Rigidez y terquedad (persistencia en ideas y comportamientos).

16.15. TRASTORNO EVITATIVO (ANSIOSO) DE LA PERSONALIDAD

-Criterio principal: patrón dominante de: Inhibición social, Sentimientos de inseguridad / incapacidad / inferioridad e Hipersensibilidad a la evaluación negativa.

-Criterios específicos (≥ 4 necesarios):

- +Tensión, temor, tendencia a exagerar peligros,... Evitación.
- +Evita actividades laborales o sociales (por miedo a críticas, desaprobación o rechazo).
- +Reluctancia a involucrarse con otros (por temor a ser ridiculizado o rechazado).
- +Restricción en relaciones íntimas (sólo se acerca si está seguro de ser aceptado).
- +Preocupación por ser criticado o rechazado (sensibilidad extrema a la desaprobación).
- +Reacio a asumir riesgos personales o probar cosas nuevas (por miedo a la vergüenza).
- +Inhibición en nuevas situaciones (por sentimientos de inferioridad o inseguridad).
- +Se ve a sí mismo como socialmente inepto (sentimientos de inferioridad y timidez extrema).
- +Estilo de vida restringido: inhibición social, evita situaciones que impliquen un contacto interpersonal.

16.16. TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD

-Criterio principal: patrón dominante de: Necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, Comportamiento de sumisión y adhesión y Miedo a la separación.

-Criterios específicos (≥ 5 necesarios):

- +Dificultad para tomar decisiones cotidianas sin consejos o aprobación de otros.
- +Necesidad de que otros asuman responsabilidades importantes (ej: decisiones de trabajo, finanzas o vida cotidiana).
- +Dificultad para expresar desacuerdo (por miedo a perder apoyo o aprobación).
- +Dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por sí mismo (falta de confianza en su juicio o habilidades).
- +Busca con urgencia relaciones de apoyo cuando termina una relación (temor a quedar solo).
- +Miedo exagerado a estar solo (se siente incapaz de cuidarse por sí mismo).
- +Exceso de esfuerzo para obtener apoyo de otros (incluso haciendo cosas incómodas o desagradables).
- +Auto-imagen de ser incompetente, falta de resistencia.
- +Rehúsa exigir a los demás, pero ante la adversidad \rightarrow Responsabilidad a otros.

16.17. TABLA COMPARATIVA DE LOS TRASTORNOS DEL CLUSTER C

Característica	Obsesivo-Compulsivo	Evitativo	Dependiente
Rasgo central	Perfeccionismo, control, rigidez	Miedo al rechazo, timidez extrema	Necesidad excesiva de apoyo
Relaciones	Generalmente mantiene relaciones formales, rígidas	Evita relaciones por miedo a crítica	Busca relaciones para apoyo y seguridad
Ansiedad social	Moderada	Muy alta	Alta
Autoimagen	Se ve competente pero necesita control	Se ve inferior	Se ve incapaz sin otros
Toma de decisiones	Planifica y controla, evita improvisación	Difícil por miedo a cometer errores	Depende de otros para decidir
Flexibilidad	Muy baja, rígido en reglas y normas	Baja, evita situaciones nuevas	Baja, depende de otros
Perfeccionismo / orden	Muy marcado	No	No
Miedo central	Desorganización, errores, perder control	Rechazo, desaprobación	Separación, perder apoyo
Comportamiento típico	Control excesivo, trabajo excesivo, terquedad	Evita riesgos y contacto social	Sumisión, busca aprobación
Emoción	Incomodidad si pierde control o reglas	Ansiedad, inseguridad	Ansiedad por separación
Culpa / remordimiento	Puede ser excesiva por errores o imperfección	No característico	No característico

Claves rápidas para diferenciar:

- Obsesivo-Compulsivo → “Perfeccionista, controlador y rígido”.
- Evitativo → “Evita relaciones por miedo a rechazo”.
- Dependiente → “Necesita otros para todo, miedo a quedarse solo”.

16.18. TRANSFORMACIÓN PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD TRAS EXPERIENCIA CATASTRÓFICA (CIE-10)

- Desconfianza/ Hostilidad hacia el mundo.
- Aislamiento social.
- Sentimiento de vacío/desesperanza.
- Sentimiento de “estar al límite”, amenazado.
- Vivencia de extrañeza de sí mismo.

16.16. TRANSFORMACIÓN PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD TRAS ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA (CIE-10)

- Dependencia / Demandas a terceros.
- Convicción de estar cambiado / estigmatizado → Aislamiento social.
- Pasividad, reducción de intereses.
- Quejas de estar enfermo / Hipocondriasis.
- Humor disfórico / lábil / fragilidad emocional.
- Deterioro social / ocupacional.
- Dos o más años.

16.17. TRASTORNO ORGÁNICO DE PERSONALIDAD
(ver esquema 3.7)

16.18. CURSO Y EVOLUCIÓN (posibles complicaciones)

-Paranoide: prolongado; problemas legales (querulancias, denuncias, conflictos laborales,...); algunos casos evolucionan a paranoia (o esquizofrenia paranoide).

-Esquizoide: prolongado; desadaptación, falta de promoción personal, aislamiento social; algunos casos evolucionan a esquizofrenia (paranoide).

-Esquizotípico: prolongado; dificultades sociales y laborales; ansiedad social; riesgo de evolución hacia esquizofrenia; las conductas excéntricas pueden aumentar el estrés interpersonal y laboral; riesgo moderado de trastornos depresivos y ansiedad.

-Disocial (Antisocial): muy prolongado, pero tendencia a disminuir la conducta patológica en edad adulta; frecuentes complicaciones médico-psiquiátricas (conducta sexual no controlada, ETS, abuso de sustancias, accidentes, violencia) y legales; alta mortalidad (por violencia o conductas de riesgo) como resultado.

-De inestabilidad emocional ("límite"): muy prolongado, pero máxima virulencia en juventud; explosivas reacciones afectivas; complicaciones depresivas, de abuso de sustancias; suicidabilidad alta; promiscuidad; relaciones inestables, complicaciones sociales muy frecuentes.

-Histriónico: también tendencia a decrecer con la edad madura; frecuentes complicaciones previas (promiscuidad, legales, abuso sustancias); rupturas de relaciones afectivas; algunos casos hacen francos cuadros de trastornos disociativos / de conversión; neurosis de renta.

-Narcisista: variable; algunos permanecen relativamente adaptados si logran estatus y reconocimiento; pueden generar conflictos interpersonales graves y aislamiento; riesgo de depresión si fracasan profesional o socialmente; dificultades en relaciones íntimas prolongadas.

-Anancástico (obsesivo): variable; pueden sobresalir en trabajos, circunstancias donde se exija fiabilidad y responsabilidad; pueden tener complicaciones, por el contrario, en situaciones desestructuradas, ante cambios vitales, etc. (descompensaciones en situaciones de estrés: *burn-out*); depresión; algún caso evoluciona a TOC (raramente a EQZ).

•Evitativo (Ansioso): muy en dependencia del entorno en que se mueven; en entorno protector pueden estar bien o muy bien adaptados; algunos casos desarrollan trastornos de ansiedad / de adaptación, aislamiento social y dificultades laborales si el entorno es hostil.

•Dependiente: similar al anterior; si fallan los apoyos, riesgo importante de descompensación emocional en entorno hostil, depresión, trastornos de adaptación, otros trastornos neuróticos y complicaciones sociales; alta vulnerabilidad ante pérdida de figuras de apoyo.

16.19. EPIDEMIOLOGÍA

Trastorno de personalidad	de	Estimación de prevalencia	Observaciones
Prevalencia global		~4-5% países ingresos bajos/medios. ~5-9% países altos ingresos. Hasta ~12% en metaanálisis.	-Comorbilidad muy alta con: ansiedad, depresión, abuso sustancias.
Edad			-Prevalencia más alta en adultos jóvenes y tiende a disminuir con la edad.
Mortalidad asociada			Los TP se asocian con exceso de mortalidad, especialmente en pacientes psiquiátricos.
Cluster A (excéntricos / extraños):		~3.6-5.7%.	-Más en hombres y en adultos jóvenes. -Estimaciones comunitarias
-Paranoide		~2-3%	-Varones, no familiar, inmigrantes, sordos.
-Esquizoide		~2-5%	-Varones, trabajos "solitarios".
-Esquizotípico		~2-3%	
Cluster B (dramáticos / emocionales)		~1.5-5.5%	
-Antisocial		~1-3%	-Mayor en hombres y muestras forenses. -Áreas pobres y socialmente conflictivas. -50% en cárceles. -Parientes varones de antisociales: x5 veces. -Comienzo temprano, antes de adolescencia en varones.
-Borderline (Límite)		~1-1.4%	-Más frecuente en mujeres y en entornos clínicos. -Asociación (y antecedentes familiares) con depresión, abuso sustancias.
-Histriónico		~0.5-2%	-En entornos clínicos x5 respecto a población general. -Más frecuente en mujeres. -Asociación con somatización y abuso sustancias.
-Narcisista		~1.5-6%	
Cluster C (ansiosos / temerosos)		~2.7-6.8%	
-Obsesivo-Compulsivo		~4.3%	-Más frecuente en poblaciones comunitarias. -Más frecuente en varones. -Asociación con familias (culturas) rígidas, puritanas.
-Evitativo		~1-5%	-Asociación con ansiedad, fobias (obsesiones), timidez.
-Dependiente		~<1-2%	-Más frecuente en mujeres. -Asociación con enfermedades somáticas y con experiencias tempranas de dependencia en niñez.

Notas:

- ¡Ser conservadores, nadie se salva!
- Las cifras pueden variar según país, método diagnóstico, muestra y herramienta usada (entrevista clínica vs. autoinforme).
- Los datos más recientes globales apuntan a una prevalencia moderada y estable, con heterogeneidad entre países y contextos.
- El modelo dimensional (DSM5, ICD-11) puede generar estimaciones distintas de los enfoques categóricos clásicos.

ETIOLOGÍA
(ver esquema 2.6)

16.20. FACTORES ETIOLÓGICOS GENERALES
(visión biopsicosocial)

	Factores principales	Ejemplos / asociaciones típicas
Biológicos	<ul style="list-style-type: none"> -Vulnerabilidad genética (heredabilidad moderada). -Temperamento (impulsividad, inhibición, emocionalidad). -Alteraciones neurobiológicas (serotonina, dopamina). -Disfunción en circuitos cerebrales (amígdala, corteza prefrontal). 	<ul style="list-style-type: none"> -Antisocial / Límite → impulsividad, baja serotonina. -Narcisista → posibles rasgos temperamentales de alta reactividad al estatus. -Evitativo → inhibición conductual.
Psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> -Estilos de apego inseguros. -Experiencias tempranas (trauma, abuso, negligencia). -Esquemas cognitivos disfuncionales. -Dificultades en regulación emocional. -Mecanismos de defensa inmaduros 	<ul style="list-style-type: none"> -Límite → apego desorganizado, trauma temprano. -Narcisista → autoimagen frágil compensada con grandiosidad. -Evitativo → esquemas de inferioridad/rechazo.
Sociales / ambientales	<ul style="list-style-type: none"> -Estilos parentales (sobreprotección, negligencia, crítica).* -Ambiente familiar disfuncional. -Factores socioculturales (normas, valores): culturas agresivas, antisociales, desconfiadas,... -Experiencias de rechazo o marginación. -Estrés crónico. 	<ul style="list-style-type: none"> -Antisocial → ambientes caóticos, violencia. -Evitativo → rechazo social temprano. -Dependiente → sobreprotección parental.

Claves:

- Modelo multifactorial → ningún factor por sí solo explica el trastorno.
- Interacción genes-ambiente → vulnerabilidad biológica + experiencias vitales.
- Importancia de la infancia → apego, trauma y aprendizaje social son claves.
- Continuo normal-patológico → rasgos extremos de personalidad normal.

*Influencia de padres y familia en la formación de la personalidad:

-**Estilos de apego** (patrones de comportamiento y pensamiento que se forman a partir de las interacciones tempranas con los cuidadores), 4 tipos: seguro, ansioso-ambivalente, evitativo y desorganizado.

-**Patrones de crianza** (comportamientos, actitudes y prácticas que los padres utilizan para educar a sus hijos, transmitiendo valores, normas y fomentando su desarrollo). 4 estilos, según exigencia y afecto: autoritario, democrático, permisivo y negligente. Estos patrones se transmiten de generación en generación, influyendo significativamente en el desarrollo de los niños y la forma en que ellos, a su vez, criarán a sus propios hijos. Ejs: madres ansiosas, sobreprotectoras, padres "tiranos", "permisivos", etc.

16.21. FACTORES ETIOLÓGICOS ESPECÍFICOS

Trastorno	Biológico	Psicológico	Social / ambiental
Paranoide	Hipervigilancia, posible base temperamental desconfiada	Sesgos cognitivos (interpretación maliciosa)	Entornos hostiles, experiencias de traición
Esquizoide	Baja reactividad emocional, introversión extrema	Desapego afectivo, escaso interés relacional	Frialdad emocional en la crianza
Esquizotípico	Vulnerabilidad genética a Esquizofrenia	Pensamiento mágico, distorsiones cognitivas	Aislamiento social, experiencias extrañas tempranas
Antisocial	Baja activación fisiológica, impulsividad, ↓ serotonina	Déficit en empatía, aprendizaje moral pobre	Maltrato, negligencia, ambiente familiar caótico
Límite (Borderline)	Alta reactividad emocional, impulsividad	Apego desorganizado, mala regulación emocional	Trauma infantil (abuso, abandono), invalidación
Histriónico	Temperamento emocional y expresivo	Necesidad de aprobación, dramatización	Refuerzo de conducta llamativa / seductora
Narcisista	Sensibilidad al estatus, vulnerabilidad del self	Autoestima frágil → grandiosidad compensatoria	Sobrevaloración o crítica extrema en la infancia
Obsesivo (Anancástico)	Alta inhibición, necesidad de control	Perfeccionismo, rigidez cognitiva	Crianza rígida, énfasis en normas y control
Evitativo	Inhibición conductual, ansiedad elevada	Esquemas de inferioridad y rechazo	Rechazo social, crítica, humillación
Dependiente	Baja autoeficacia, inseguridad	Miedo a separación, sumisión	Sobreprotección, crianza que fomenta dependencia

16.22. DIAGNÓSTICO

•Diferenciar: “ha sido siempre así” vs. “ha habido un cambio” (con aparición de síntomas / conductas patológicas).

•**Sospechar, cuando:**

-**Paranoide:** prejuicios, “proyecciones”, exagerados formalismos, sin sentido del humor; sospechas de segundas intenciones en los sanitarios; querulancias, demandas judiciales.

-**Esquizoide:** distancia del entrevistador, frialdad; muy tímidos; habla limitada; lenguaje “raro”; actúan “raro”.

-**Esquizotípico:** pensamiento mágico o creencias extrañas; suspicacia; lenguaje peculiar; apariencia o comportamiento excéntrico; dificultades en la relación interpersonal, pero con deseo de contacto.

-**Disocial:** pueden engañar a cualquiera; bajo máscara de simpatía pueden esconder hostilidad, tensión, incluso agresividad; reacciones virulentas si son confrontados / no se cede a sus demandas.

-**De inestabilidad emocional:** Impulsividad y virulentas reacciones afectivas y emocionales.

-**Histriónico:** dramáticas historias clínicas; exageración de rasgos femeninos o varoniles; llamativo aspecto (el/la más atractivo, la más enlutada, etc.); seducción, manipulación; visiblemente afectivos para pasar a gran indignación si se frustran.

-**Narcisista:** actitud de superioridad; necesidad de admiración; escasa empatía; pueden minusvalorar al sanitario o idealizarlo inicialmente; mala tolerancia a la crítica.

-**Anancástico (obsesivo):** rigidez, formalidad; limitada respuesta afectiva; falta espontaneidad; seriedad; muy detalladas historias clínicas.

-**Ansioso (con conducta de evitación):** visible ansiedad, tensión, muy sensibles a las críticas reales o imaginadas.

-**Dependiente:** exageradamente colaboradores (a nivel superficial), buscan consejo repetidamente; “se quedarían a vivir” en el entorno sanitario.

16.23. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

•Atención a comorbilidad.

•Trastornos de personalidad vs. trastornos mentales “episódicos”

-TP: patrón estable, rígido, de larga evolución (“siempre ha sido así”).

-Otros trastornos (psicosis, depresión, ansiedad, etc.): inicio definido, curso episódico o fluctuante.

Clave: buscar cambio respecto a la personalidad previa.

•Trastornos Orgánicos:

-Demencias: Pseudodemencias (en intentos de escapar al castigo).

-Delirium: Comportamientos “raros” en pacientes médico-quirúrgicos.

-“Otros”: Trastornos de personalidad tras lesión cerebral Causas orgánicas (TCE, tumores,...): Clave: inicio brusco + datos neurológicos.

•Abuso de sustancias:

-Frecuente comorbilidad (“Trastorno dual”) (antisociales, límite).

-Cambios conductuales asociados a consumo/intoxicación/abstinencia. Clave: temporalidad respecto al consumo.

•EQZ/Paranoia:

-Trastorno esquizoide, esquizotípico / Paranoide y Paranoia, EQZ paranoide / Comorbilidad / Cortos episodios pseudopsicóticos en personalidad límite.

-Clave: pérdida de juicio de realidad mantenida vs. rasgos de personalidad.

•Trastornos afectivos_(depresión):

-Frecuente comorbilidad (límite, obsesivos) / Dramáticos episodios afectivos, cortos, en personalidad límite.

-Depresión mayor: tristeza persistente, anhedonia, cambios biológicos (sueño, apetito).

En TP: afectividad más reactiva, sin síndrome depresivo completo.

-Trastorno bipolar: Episodios de manía/hipomanía (euforia, grandiosidad, ↓ sueño). En TP (ej. límite): cambios emocionales rápidos y reactivos, no episódicos.

•**Trastornos de ansiedad** (pánico, TAG, fobias): síntomas bien delimitados (crisis, preocupaciones excesivas). En TP evitativo / dependiente: patrón vital de inhibición, inseguridad o necesidad de apoyo.

•**TOC**: obsesiones intrusivas + compulsiones; egodistónico (lo viven como extraño). En TP anancástico (obsesivo): perfeccionismo, rigidez; egosintónico (lo ven como correcto).

•Otros:

-Trastorno conversivo y personalidad histriónica.

-Trastornos fóbicos y personalidad “por evitación”.

-Trastornos de somatización y personalidad histriónica (dramatización), antisocial, dependiente (uso interpersonal de síntomas).

-Neurosis “de renta”/ “ocupacional” y personalidad antisocial.

•Trastornos Psicofisiológicos:

-Anorexia nerviosa y rasgos obsesivos (histriónicos) / impulsividad (límite).

-Bulimia nerviosa y rasgos antisociales, límite.

-Trastornos somáticos (psicosomáticos) y rasgos de evitación, obsesivos.

-Trastornos ficticios y rasgos antisociales.

16.24. TRATAMIENTO (I)

Esquema general (ver esquema 2.7)

1. Atención a las crisis:

-Conducta suicida. Agitación psicomotriz, etc. → Intervenciones de urgencia.

2. Algunas sugerencias para la entrevista / el enfoque / la manera de actuar con los pacientes...

(En todo caso, con delicadeza y con precauciones, interpretar primero su comportamiento y su manera de ser y, a continuación, tender a interpretárselo, para que sean conscientes de cómo actúan / aparecen ante el profesional).

•Paranoide:

- Actitud extremadamente profesional.
- Atención a los riesgos, no caer en las provocaciones.
- Desconfiados en los tratamientos.
- Conviene ser claros y respetar escrupulosamente las normas con ellos para evitar problemas.
- Clarificar adecuadamente los posibles malentendidos, expresando con claridad nuestros motivos e intenciones.
- No tutearles nunca. Son exigentes, inflexibles, discutidores y litigantes. Interacción no afectuosa (no toleran cercanía o calidez).
- Paciencia. Pueden tardar meses en establecer relación de confianza.
- Evitar entrevistas basadas en aspectos personales o de autorrevelación.
- Intervención basada en aumento del sentimiento de capacidad.
- Malos candidatos a grupos.

•Esquizoide:

- No esperar muchos cambios. Falta de iniciativa para los cambios (evitar frustración del terapeuta).
- Respetar la distancia que marca, y sus rarezas.
- Apoyo y comprensión de las dificultades de relación que tienen (la interacción social continuada les produce mucha ansiedad).
- No abrumarles con exceso de conversación.
- Animar a compartir sus aficiones personales (música, arte,...). Importante conocer sus intereses.
- Dan alto valor a la soledad (después de una actividad social se le puede recomendar un tiempo en soledad,...).

•Esquizotípico:

- Respetar sus tiempos en la relación terapéutica (desconfianza).
- Estilo comunicativo simple, directo y sin tecnicismos. Basado en lo concreto. Sin metáforas.

•Disocial:

- Actitud extremadamente profesional.
- Seguridad en sí mismo, objetividad fiable pero no infalible, estilo interpersonal relajado pero no defensivo, sentido claro de los límites personales y sentido del humor.
- Buen manejo de la contratransferencia (nos pueden producir miedo, rabia o enfado).
- Atención a las manipulaciones.
- Si es razonable favorecerle, adelante, procurar respetarle.
- Mucho tacto cuando no es posible atender sus peticiones, pueden reaccionar hostilmente.
- Más eficaces los tratamientos en medios estructurados (con límites), penitenciarios.
- Implicarlos en proyectos ocupacionales significativos y duraderos (crear un huerto, rehabilitación de edificio,...).

•De inestabilidad emocional:

- Actitud extremadamente profesional. Ser genuino.
- Evitar retirar el apoyo de forma brusca (lo vivirá como un abandono).
- Desdramatizar, delimitar competencias y objetivos.
- No dejarse impresionar en exceso por las manifestaciones aparatosas, pero cuidar los riesgos en momentos de crisis (impulsividad, agresividad, gestos suicidas).
- Estar alertas a un curso a menudo inestable y con grandes crisis afectivas.
- Actitud dicotómica en la relación con el terapeuta (de la idealización a la devaluación).
- Eficaces los contratos terapéuticos, con objetivos y responsabilidades y compromisos, tanto del paciente como del equipo terapéutico.

16.24. TRATAMIENTO (y II)

•Histriónico:

- Atención a las propias reacciones, para dar apoyo y al mismo tiempo poner límites.
- Para algunos profesionales pueden ser atractivos / as ("la sal de la vida"), pero cuidado con la seducción.
- Para otros pueden resultar insoportables por su tendencia a la manipulación / exageración, pero cuidado, para no perderles el respeto.
- Con ellos se pasa con frecuencia de héroe a villano y viceversa.
- No conmoverse con sus comportamientos seductores.
- Suelen preferir facultativos del sexo opuesto (rivalizan con personas del mismo sexo y buscan apoyo y cuidado del contrario).
- Importante desarrollar una identidad personal que trascienda las relaciones interpersonales.
- Reforzar competencias personales (más allá de la imagen, por la que han sido reforzados durante su vida).
- Centrarse en actividades concretas y dejar al margen emociones.

•Narcisista:

- Tendencia a devaluar al terapeuta.
- Al inicio evitar las confrontaciones pero también los refuerzos mantenidos (porque perpetuará sus patrones disfuncionales).
- Si el terapeuta es narcisista... refuerzo mutuo.
- Trabajar la empatía.
- Como el antisocial, incluirlo en un proyecto ocupacional cooperativo, donde tenga que adquirir varios roles, no sólo el de líder.
- Trabajar autoestima (paradójicamente baja).

•Anancástico (obsesivo):

- Respetar su tendencia al formalismo, pero tender a "quitar hierro" a su manera de ser y comportarse, ellos tienden a "tomarse la vida demasiado en serio". La terapia será para ellos "otra responsabilidad".
- Debemos dar la impresión de orden y rigor.
- Respetar sus "manías": pierden el tiempo en detalles, pueden plantear problemas con citas, expectativas, ...
- Si van demasiado lejos → Ser precisos y cuantificarles las críticas.
- Objetivo de readquisición de un equilibrio ocupacional, ha descuidado relaciones personales y actividades de ocio.

•Ansioso (con conducta de evitación):

- Procurar ser acogedores con ellos, visible ansiedad / tensión, muy sensibles a las críticas reales o imaginadas. Si perciben impaciencia pueden sentirse juzgados.
- Más vulnerables a padecer fobias relacionadas con entornos clínicos (sangre, inyecciones, ...).
- Más necesitados de ser reafirmadas en los tratamientos.
- Comenzar con actividades en las que se sientan mínimamente competentes.
- Crear un entorno seguro (p.ej.: empezar como "observador" en tareas grupales para después ir incorporándose...).

•Dependiente:

- Dar apoyo, pero también poner límites.
- No dejarse seducir por su exagerada complacencia.
- El mensaje para ellos, subliminal o no: tienen que hacerse más autónomos y responsabilizarse de sus decisiones.
- Si pide consejo, preguntarle su punto de vista personal antes de responder.
- Intervención similar que en trastorno evitativo.

16.25. PSICOTERAPIA

Es el tratamiento **fundamental**. Aunque es costoso, y no tan brillante como en el caso de los trastornos neuróticos, está bien documentado que tratamientos bien estructurados, y de duración considerable, de más de un año, si es posible con una combinación de métodos individual / grupo (con ingresos especiales en los casos más graves), pueden proporcionar tangibles beneficios, clínicos y en términos de coste / beneficio.

- El tratamiento más sencillo, de apoyo, está al alcance de cualquier miembro del equipo multidisciplinar. Los casos complicados son competencia del profesional especializado.

- A menudo necesarios tratamientos / técnicas de rehabilitación / reinserción, en los casos más graves.

16.26. EVIDENCIAS CIENTÍFICAS DE LOS TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD (Fonseca et al., 2021)

	Psicoterapia ¹	Nivel ²	Grado recomendación ³
Tr. límite	TDC, TBM	1++	A
	TCE, PCT	1+	B
	STEPPS	2++	C
	RTOM	1+	C
	TMI	2+	C
	TRE	1+	C
	TAC	1+	C
	TCE	2+	C
Tr. clúster C	TCE	2+	C
Tr. esquizotípico	TMI	3	D
Tr. obsesivo	TMI	3	D
Tr. dependiente	TOC	2++	C
	TCA	3	D
	TAC	3	D

¹TDC: Terapia dialéctico-conductual; TBM: Terapia basada en la mentalización; TCE: Terapia centrada en los esquemas; PCT: Psicoterapia centrada en la transferencia; STEPPS: *System Training for Emotional Predictability and Problem Solving*; RTOM: *Relación terapéutica orientada a la motivación*; TMI: *Terapia metacognitiva interpersonal*; TRE: *Terapia de regulación emocional*; TAC: *Terapia de aceptación y compromiso*; TOC: *Terapia orientada a la clarificación*; TCA: *Terapia cognitiva analítica*.

²Los niveles dependen de la calidad y cantidad de estudios científicos publicados, desde el 1++ hasta el 4, en orden decreciente.

³El grado de recomendación va desde A hasta D, en orden decreciente.

16.27. PRINCIPALES TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD por encima

•Principios generales:

-Aunque no es el tratamiento principal, puede ser un adjunto importante al tratamiento psicoterapéutico y rehabilitador, particularmente en los casos más graves.

-La efectividad de estos tratamientos no ha sido tan bien documentada como en otras áreas de la disciplina. A pesar de ello, existe un limitado número de estudios “controlados”, apoyando su eficacia.

-La práctica clínica es muy extensa, por el contrario, y la mayoría de clínicos psiquiatras utilizan fármacos y defienden su eficacia.

-Se trata, fundamentalmente, de un tratamiento sintomático, dirigido al síntoma / síndrome que más afecta la calidad de vida / rendimiento de los pacientes.

-No se pretende, casi nunca, tratar el trastorno como entidad nosológica / patológica. Los casos más graves son de los trastornos que más inquietud causan en la disciplina, y que más recursos asistenciales consumen.

•Normas generales y claves:

-Crisis de agitación psicomotriz, etc.: antipsicóticos

-Ansiedad/ angustia: ansiolíticos.

-Depresión, oscilaciones afectivas: antidepresivos.

-Impulsividad: anti-impulsivos.

•Algunas sugerencias específicas:

-Paranoide: Puede necesitar antipsicóticos (en dosis bajas, y siempre que se deje convencer y lo acepte voluntariamente).

-Esquizoide: Puede necesitar antipsicóticos (en bajas dosis, por breves periodos de tiempo). Se han utilizado antidepresivos (y psicoestimulantes).

-Disocial: A menudo se han utilizado, incluso antipsicóticos en periodos de crisis. Muy a menudo se recomiendan antidepresivos y anti-impulsivos. Atención al abuso potencial, sobre todo de ansiolíticos.

-De inestabilidad emocional (límite): Muy a menudo se recomiendan y utilizan (frecuentemente con método de “ensayo y error”) sobre todo anti-impulsivos y antidepresivos cuando hay clara tendencia a disforia / episodios afectivos.

-Histriónico: A menudo en periodos de crisis; y en casos graves y persistentes (antidepresivos, anti-impulsivos).

-Anancástico (obsesivo): Medicamentos anti-obsesivos (antidepresivos ISRS) se recomiendan a menudo en los casos más graves, por periodos de tiempo limitado.

-Ansioso (con conducta de evitación): A menudo se recomiendan antidepresivos (sobre todo ISRS); ansiolíticos en periodos de crisis.

EL PAPEL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

16.28. CONCEPTOS GENERALES

- El tratamiento se ha enfocado al Trastorno Límite de Personalidad (TLP).
- Programas integrados en diferentes niveles: consultas externas, programas de tratamiento intensivo ambulatorio, hospitalización parcial y (en casos excepcionales) ingreso de contención en Unidad de Hospitalización de adultos.
- Combinación de tratamiento farmacológico, terapia individual, de grupo y familiar.
- Las personas con TP minusvaloran la necesidad de mantener en el tiempo un rol ocupacional.
- Su identidad** se forja a través de experiencias irreales, tendiendo a idealizar sus expectativas. Podemos encontrarnos desde proyectos ocupacionales propios de la infancia o adolescencia o de la edad adulta. La identidad ocupacional está muy afectada.
- Persiguen valores o metas ocupacionales irrealistas, o incluso carecen de metas ocupacionales.
- Su sentido de la ocupación y de la capacidad de compromiso están seriamente dañados.
- Tienen escasa expectativa de éxito, y ésta se “autoconfirma” ya que su falta de tolerancia a la frustración y sus conductas les han impedido ser eficaces en sus roles ocupacionales.
- Es muy importante la relación terapéutica:** Compleja por el pensamiento dicotómico y la extrema reactividad emocional. “Nos pone a prueba” (aparecen nuestros mecanismos de defensa y el paciente “los utiliza”). No es útil la confrontación terapéutica, a no ser que se dirija a una autorreflexión. Sí es útil el contrato terapéutico.
- Los **intereses** de los TP se ven afectados:
 - +Cluster A (raros): prácticamente no discriminan intereses y, si es así, es más por hábito o rutina. Sus intereses suelen ser en solitario, escasos. Suelen mantener 1 ó 2 intereses y son productivos.
 - +Cluster B (inmaduros) hacen una constante búsqueda de novedades. Pero no consolidan los intereses (los dejan a medias, no terminan,...). Sus actividades son más creativas, búsqueda de riesgos, grupales por evitar soledad. Múltiples intereses que no los mantienen en el tiempo.
 - +Cluster C (inseguros, ansiosos) se auto-devalúan, evitan situaciones,... Prefieren actividades en solitario, conocidas, para evitar el fracaso. Mantienen el interés por la actividad, pero cualquier cambio significativo puede hacer que las abandonen.

16.29. INTERVENCIÓN POR HABILIDADES

- Habilidades de procesamiento de la información**
 - Cluster A: tienen distorsiones cognitivas similares a la psicosis.
 - Cluster B: tienen metas generalmente irrealistas.
 - Cluster C; son tan meticulosos que no llegan a la consecución de la meta.
- Habilidades emocionales** (trabajar desde):
 - El autoconocimiento.
 - El autocontrol (gestión eficiente de las emociones).
 - La automotivación.
 - La empatía.
 - Las habilidades sociales.
- Habilidades de comunicación**
 - Falta de empatía.
 - Necesidad de controlar el entorno.
 - Miedo al rechazo y a la soledad.

16.30. PRINCIPIOS DE LA INTERVENCIÓN DE LA TO EN LOS TP

(Sánchez et al 2012) *X e n c i m a*

- Construir una identidad ocupacional, habilidades funcionales y ayudar a controlar los patrones de conducta disfuncionales.
- Crear una alianza terapéutica (basado en la confianza, apoyo, ayuda).
- Aumentar el número de actividades placenteras y reducir las actividades que les producen malestar.
- Hábitos saludables y recuperar factores de salud (alimentación, sustancias,...).
- Mejorar las relaciones interpersonales familiares, fortaleciendo vínculos y roles.
- Mejorar el autoconocimiento personal, la conciencia de enfermedad y la capacidad de autocrítica.
- Mejorar el autoconcepto.
- Expresión adecuada de emociones y sentimientos.
- Establecer una estructura y proporcionar límites.
- Orientar el desarrollo educativo-formativo-laboral como estructura diaria.

16.31. ACTIVIDADES DE TO EN LOS TP

•Terapia ocupacional grupal

Se movilizan fuerzas muy potentes, se ponen de relieve las conductas desadaptativas, se pueden poner en práctica las conductas adaptativas y se fortalece la desestigmatización y el comportamiento cooperativo (Yalom).

Propuestas de grupos (Sanchez et al.):

- Grupo de autoestima: se trabaja la motivación ocupacional, crear expectativas realistas, identificar intereses.
- Grupo de comunicación terapéutica: validar experiencias que hayan producido bienestar y hacer introspección de las que han producido malestar.
- Grupos de habilidades sociales: expresar opiniones, respetar opiniones distantes, aceptar crítica, aprender a decir no...
- Grupo de resolución de problemas: identificar actividades de la vida diaria que son un hándicap para el autocuidado, practicar estrategias de resolución de problemas.
- Grupo de creatividad/expresión emocional: aprender a utilizar la creatividad como medio de expresión de las emociones.
- Grupo de actividades ocupacionales individuales: explorar y probar nuevas ocupaciones, trabajar la perseverancia, el sentimiento de eficacia,...
- Programa de ocio comunitario: utilización sana del ocio para reducir apatía y negativismo.

•Terapia individual

- Trabajar en el proceso de anticipación, elección, experimentación e interpretación del proceso ocupacional.
- Ayudar, acompañar y alentar a iniciar roles ocupacionales.

•Intervención familiar

- Iniciar identificando los problemas que perciben los miembros de la familia.
- Si el paciente se niega a que la familia venga, concienciar de la importancia del trabajo en familia.
- Se pueden trabajar:
 - +Grupos de familias.
 - +Intervención en el entorno familiar.
 - +Intervención con la familia o con alguno de los miembros.

16.32. PRONÓSTICO

-En general, se estima que los trastornos de personalidad son “para toda la vida”.

-Con tratamiento, deben ser más llevaderos.

-En casos muy graves (p.ej.: TLP) los resultados de los tratamientos intensivos y prolongados pueden ser espectaculares, tanto en cuanto al beneficio subjetivo para el paciente (calidad de vida, etc.), como en términos de disminución de crisis, hospitalizaciones y utilización de recursos médicos.

-Consecuentemente, el pronóstico no debe ser tan negativo como a menudo se ha considerado.

TRASTORNOS DEL CONTROL DE IMPULSOS (sólo lectura)

NO

16.33. CONCEPTO

-Categoría residual (se excluye abuso sustancias, trastornos de conducta alimentaria o sexual, otros trastornos).

-Tentación / Impulso a realizar actos:

+Repetitivos.

+Que causan perjuicio para el sujetos / otros.

+Egosintónico.

+**Incapaz de resistirse**.**

-Activación anterior / Alivio-satisfacción posterior.

-Puede haber (o no) autorreproches o culpa posterior.

-Entidad clínica suficiente.

-Alerta: ¡No psiquiatrizar conductas como las de los delincuentes!

16.34. CLASIFICACIÓN

•CIE-10 (Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos):

-Ludopatía (juego patológico).

-Piromanía.

-Cleptomanía.

-Tricotilomanía.

-Otros: TEI (trastorno explosivo intermitente).

CIE-11: / videojuegos / móvil / internet / ...

•DSM5 (Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta):

-Trastorno negativista desafiante.

-Trastorno de la conducta.

-Trastorno explosivo intermitente.

-Trastorno antisocial de la personalidad.

-Piromanía.

-Cleptomanía.

-Otros.

El DSM5 clasifica:

-Ludopatía (juego patológico) entre los trastornos relacionados con sustancias y otras adicciones.

-La tricotilomanía (+excoriación + acumulación) entre los trastornos relacionados con el TOC.

16.35. EPIDEMIOLOGÍA

-Escasos estudios sólidos:

- +Ludopatía: 1.6% adultos (prevalencia en vida), V > M, Tendencia a aumentar en M y jóvenes.
- +Piromanía: V > M, 4% de los incendiarios.
- +Cleptomanía: M > V, 0-8% de los robos.
- +Tricotilomanía: M > V, 0.6-2.5%.
- +TEI: V > M, 72% de los pacientes agresivos.

-Frecuente comorbilidad:

- +Ludopatía, cleptomanía, tricotilomanía (TEI): Trastornos afectivos / de ansiedad.
- +Piromanía, TEI: Abuso sustancias, trastornos de personalidad antisocial, bajo CI.

-Consecuencias negativas:

- +Ludopatía: 2/3 absentismo laboral, 40% problemas legales, 30% rupturas matrimoniales, suicidio x 4.
- +Tricotilomanía: frecuentes lesiones dermatológicas, bezoares.

16.36. ETIOLOGÍA

-Factores psicosociales (fundamentales):

- +Mal ambiente familiar.
- +TEI: infancia desfavorable (estudios de adopción).

-Factores biológicos:

- +Ludopatía, genes anómalos:
 - Asociados a serotonina (NA, DA).
 - Riesgo x3 en familiares 1º grado; 2/3 varianza.
 - Asociados con genes abuso sustancias.
- +Factores estructurales y bioquímicos:
 - Sistema límbico.
 - Disfunción frontal (ludopatía, piromanía); alteración circuitos orbito-frontales (tricotilomanía).
 - Disminución actividad serotonina (LCR, plaquetas): efectividad ISRS.
 - Aumento actividad NA, DA en ludopatía.
 - Aumento testosterona: agresividad.
 - Comorbilidad con trastornos afectivos, abuso sustancias,...

16.37. TRATAMIENTO

-Intervenciones tempranas:

- +Fundamental (profilaxis secundaria).

-Psicoterapias:

- +Fundamental: Cognitivo-conductuales.
- +Otras: terapia de grupo,...
- +Psicosocioterapia: Rehabilitación.

-Psicofármacos:

- +ISRS, clorimipramina (ludopatía, cleptomanía, tricotilomanía, TEI).
- +Otros antidepresivos.
- +Estabilizadores del humor (litio, AC) (ludopatía, cleptomanía, tricotilomanía, TEI).
- +Otros: Antipsicóticos, Ansiolíticos.
- +Naltrexona (ludopatía, tricotilomanía).

16.38. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

- Comienzo temprano: adolescencia, adulto joven (incluso en niños: piromanía).
- Tendencia cronicidad / episódicos.
- Mejor pronóstico: con intervenciones tempranas.
- Peor pronóstico: comorbilidad (abuso sustancias, personalidad disocial), deterioro social / falta de apoyos.

Tema 17. Trastornos del desarrollo y del comportamiento en la infancia y en la adolescencia. La Psiquiatría Infantojuvenil.

17.1. OBJETIVOS DEL TEMA PARA EL TO

- Saber identificar las **características especiales** que el desarrollo psicológico durante la infancia y la adolescencia confiere a los pacientes.
- Saber diferenciar** los cambios normales propios de dicho desarrollo de las manifestaciones propias de las distintas patologías que puede padecer.
- Conocer los principales **datos epidemiológicos** acerca de los trastornos psíquicos más frecuentes en este segmento etario.
- Saber plantear de manera precisa los distintos **diagnósticos** diferenciales, en el contexto del esquema diagnóstico habitual.
- Conocer algunos conceptos básicos y desarrollar habilidades específicas en el **abordaje terapéutico** del paciente infanto-juvenil.
- Transmitir la siguiente **actitud**: el TO tiene un papel relevante en el seguimiento y tratamiento del paciente infanto-juvenil.

17.2. PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL. PUNTOS CLAVE

- En estas etapas de la vida pueden darse la mayoría de los trastornos descritos en el adulto, y algunos específicos.
- En niños y adolescentes, la familia y el entorno son influencias fundamentales en su psicopatología, y pueden ejercer como factores: heredabilidad, trastornos perinatales, patología de los padres, estilos educativos anómalos y estresores (agudos y crónicos).
- En todos los casos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) debe plantearse un tratamiento psicoterapéutico cognitivo-conductual, junto a técnicas de organización y planificación de tareas y consejo a padres. Además, el tratamiento farmacológico ha mostrado evidencias de eficacia en los casos moderados o graves.
- El trastorno negativista desafiante y el trastorno de conducta implican desadaptación social y escolar a estas edades, y suponen un factor de riesgo para evolucionar a conducta antisocial en el adulto.
- En Psiquiatría Infanto-Juvenil, el tratamiento de elección en los trastornos de ansiedad, el TOC y los trastornos depresivos leves son abordajes psicoterapéuticos. En los casos moderados y graves se puede complementar con intervenciones farmacológicas.

17.3 ¿QUÉ OCURRE EN EL DSM5?

- Se ha eliminado el capítulo específico de trastornos del niño y del adolescente, ya que consideran que la patología psiquiátrica tiene una continuidad desde la infancia a la edad adulta.
- Han tenido en cuenta que trastornos que antes se diagnosticaban solamente en niños (como la hiperactividad o el autismo) continúan en la edad adulta; y viceversa, puesto que hay enfermedades en adultos (como la esquizofrenia o el trastorno bipolar) que presentan síntomas previos en la adolescencia o la infancia.

17.8. TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (I) (Castro & Toro)

•Clínica:

-Trastornos de la comunicación e interacción social (afectados: reciprocidad social, respuesta emocional, vínculos socioafectivos, contacto ocular, interés por la voz humana, sonrisa, aversión. Al contacto físico, tendencia al aislamiento, falta de empatía).

-Engloba una gravedad variable, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.

-Tienen además patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, como:

+Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia).

+Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).

+Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).

+Hiper- o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

-En ocasiones, conductas autolesivas (cabezazos, arañazos, mordeduras).

-Puede acompañarse de discapacidad intelectual.

-Inicio antes de los 3 años, el diagnóstico suele realizarse a los 5 años.

•Epidemiología:

-Prevalencia: 2-3 por cada 10.000.

-Ratio varón:mujer es de 4:1, pero cuadros más graves en niñas.

•Etiología (multifactorial):

-Genética: riesgo x50 en hermanos de autistas. Concordancia MZ 60% vs DZ 0%.

-Neuroanatomía: mayor volumen en hipocampo y amígdala, alteraciones en córtex prefrontal, cuerpo calloso y vermis posterior. Mayor volumen de sustancia gris cerebral en niños autistas que en controles, sobre todo en autistas de alto rendimiento (CI > 70).

-Frecuente comorbilidad orgánica cerebral (parálisis cerebral, rubéola, toxoplasmosis, esclerosis tuberosa, citomegalovirus, encefalopatías tóxicas o infecciosas, hemorragias, epilepsia, etc.), anomalías neurológicas (30-50% de los casos)

-Más frecuentes complicaciones perinatales.

-Está implicado el sistema inmunológico (depresión de la función inmune o fallo en la regulación inmune).

-Sin datos que apoyen la participación en la etiopatogenia del autismo de ningún factor psicológico o psicosocial (aunque puedan influir en la evolución).

17.8. TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (y II) (Castro & Toro)

•Tratamiento:

-El tratamiento del autismo es puramente sintomático. Consiste en un programa precoz y global de enseñanza o educación especial, con participación de la familia.

-Objetivos: a) promover desarrollo normal; promover aprendizaje; reducir rigidez y estereotipias; eliminar conductas desadaptativas inespecíficas, y mitigar el estrés familiar.

-Técnicas: modificación de conducta son las más eficaces.

-Fundamental: intervención psicológica cerca de los padres del autista.

-Psicofármacos (tratamiento sintomático): antipsicóticos atípicos (risperidona, olanzapina y quetiapina), ISRS. Dosis individualizadas.

•Pronóstico:

-50% consiguen lenguaje funcional suficiente hacia los 5 años de edad (o más tarde).

-Con la edad suelen mejorar las relaciones interpersonales, pero se mantienen las dificultades para expresar emociones, la falta de reciprocidad social y la ausencia de empatía (5-17% alcanzan vida social, escolar y/o laboral normales o casi normales; 1-2% llegan a normalidad plena).

-Principales factores predictivos de la evolución son: CI, presencia o ausencia de lenguaje, gravedad del trastorno, cantidad de tiempo transcurrido en la escuela, grado de madurez social, grado de conducta social e hitos del desarrollo alcanzados.

El concepto de Síndrome Asperger ha desaparecido en DSM5 (se integra en los Trastornos del Espectro del Autismo).

17.9. TRATAMIENTO DE LOS TEA DESDE TO

•Importante la intervención temprana.

•Intervenciones más exitosas mediante integración sensorial (un buen procesamiento sensorial, integrar un adecuado esquema corporal, es fundamental para realizar cualquier actividad de la vida diaria), técnicas de modificación de conducta, apoyo a padres, programas educativos estructurados, tratamiento farmacológico en algunos casos.

•Intervenciones psicoeducativas:

-Conductuales (enseñar al niño nuevas habilidades).

-Evolutivas: Ayudan al niño a desarrollar relaciones positivas y significativas con otras personas. Se centran en enseñar técnicas sociales y de comunicación, en ambientes estructurados, y desarrollar habilidades para la vida diaria (“funcionales” y “motoras”).

-Basadas en la comunicación.

-Sensorio-motoras.

-Basadas en la familia.

-Intervenciones combinadas.

-Tratamiento en equipo multidisciplinar

-Intervención en tres pilares: niño, familia o cuidadores y entorno.

•En el niño:

-Desarrollar habilidades adaptativas.

-Logro de independencia en ABVD.

-Habilidades sociales.

-Imitación. Facilitar el aprendizaje a través de ésta.

-Extinción de conductas repetitivas.

-Actividades instrumentales, educativas, de juego y de participación social.

•Padres:

-Que contribuyan a las habilidades sociales del niño.

-Educar en el refuerzo positivo (familias con ausencia de refuerzos y reacciones positivas).

-Entrenar para adaptar distintas habilidades al hijo al desarrollo del mismo.

-Reforzar rol de padres, ayudar a manejar situaciones difíciles (rigidez del niño), introducción del juego padres-hijos.

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (F90-98, CIE-10)

17.10. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN / HIPERACTIVIDAD (TDAH) (Castro & Toro)

•El TDAH es el trastorno del neurodesarrollo más común en las consultas de neuropediatría, psiquiatría infantil y psicología.

•El TDAH que no se detecta ni se trata puede tener graves consecuencias vitales. Merma el desempeño académico y personal, repercute en las oportunidades laborales y en las relaciones sociales.

•Además, los adultos no diagnosticados ni tratados tienen más accidentes (laborales, domésticos, de tráfico...), mayor riesgo de adicciones y de criminalidad.



17.11. RESUMEN DE CRITERIOS DIAGNÓSTICOS, CLÍNICA MÁS IMPORTANTE

Inatención	Hiperactividad	Impulsividad
-Errores por no fijar atención en detalles. -Dificultad para mantener la atención. -Parece no escuchar. -No sigue instrucciones, tareas inacabadas. -Desorganizado. -Evita tareas que requieren esfuerzo mental. -Pierde cosas. -Distraído. -Olvidadizo.	-Se mueve en exceso. -Se levanta de la silla. -Corre o trepa en situaciones inapropiadas. -Incapaz de recrearse tranquilamente. -Siempre en marcha. -Habla en exceso.	-Precipita respuestas. -Dificultad para esperar turnos. -Interrumpe o se inmiscuye con otros.

•En función de la clínica se podrán **clasificar** las siguientes presentaciones:

-Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio inatención pero no se cumple el criterio hiperactividad-impulsividad durante los últimos 6 meses.

-Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el criterio hiperactividad-impulsividad y no se cumple el Criterio inatención durante los últimos 6 meses.

-Presentación combinada: Si se cumplen el criterio inatención y el criterio hiperactividad-impulsividad durante los últimos 6 meses.

•**Etiología:**

-Factores predisponentes: sociales (pobreza, familias numerosas o niños de orfanatos), biológicos (enfermedades de la madre durante el embarazo, hipermadurez en el nacimiento, prematuridad, complicaciones perinatales, enfermedades de la primera infancia, consumo de alcohol y/o tabaco por parte de la madre durante el embarazo, desnutrición, etc.).

-Factores genéticos: heredabilidad 76% (mayor en niñas, en agresividad, en TDAH con trastorno de conducta o con trastorno bipolar, o TDAH persistente).

-Disfunción neurotransmisión: dopaminérgica (polimorfismos DRD47, DAT1) y noradrenérgica.

-Marcadores en algunos casos: alteraciones neurológicas en núcleo caudado y cuerpo calloso.

-Neuroanatomía: Reducción de materia gris prefrontal izquierda, así como de materia blanca y gris occipital izquierda, junto con una reducción del cerebelo derecho (vérmix posterior inferior, área muy implicada en la función dopaminérgica). También implicados el estriado (caudado), lóbulos frontales y cíngulo anterior.

-Ciertas dietas como causa de TDAH: hipótesis muy discutida y escasamente confirmada, pero Bateman y cols. (2004) hallaron aumento de hiperactividad en niños de 3 años tras administrarles alimentos con colorantes artificiales y conservantes.

•**Tratamiento:**

-El tratamiento de un TDAH es multimodal.

-Excepto en los casos leves, la medicación estimulante es el tratamiento farmacológico de elección. Se emplean cuando la sintomatología interfiere con las actividades del paciente, o cuando han fallado las intervenciones no farmacológicas como únicas medidas terapéuticas. Su uso está aprobado a partir de los 6 años de edad. De primera elección: metilfenidato. Sus efectos secundarios más frecuentes son insomnio e inapetencia.

+En todos los casos se debe realizar un **abordaje psicoterapéutico** con técnicas cognitivo-conductuales, y es imprescindible estructurar la intervención de los padres (psicoeducación).

•**Pronóstico:**

-Con la edad mejoran algunos síntomas, especialmente la hiperactividad. Los síntomas de inatención remiten significativamente menos que los de impulsividad e hiperactividad.

-A los 18-20 años la remisión completa del trastorno sólo se produce en menos del 5%.

-Factor de mal pronóstico: TDAH asociado a trastorno del desarrollo de la coordinación motora.

-El trastorno de conducta suele asociarse en un 25-50% de los casos (en jóvenes con TDAH son más frecuentes comportamientos antisociales, actividades delictivas, y abuso de tóxicos).

17.12. TRATAMIENTO TERAPIA OCUPACIONAL EN TDAH

Objetivos:

- Controlar los síntomas del TDAH.
- Minimizar los síntomas comórbidos.
- Reducir el riesgo de complicaciones
- Educar al paciente y a su entorno: “propiciar cambios positivos en el entorno, cambiar percepciones...”
- Apoyar a la familia y escuela.

Intervención:

•El TO debería iniciar intervención mediante:

- Entrevista a padres, familiares o cuidadores principales.
- Observar al niño en diferentes contextos.
- Emplear una evaluación formal o estandarizada de los componentes motores de la ocupación (AOTA, 2002).
- Uso de pruebas específicas para la evaluación de la percepción visual o de integración sensorial.
- Observar la ejecución de las AVD, incluyendo ocio y juego.
- Tener en cuenta informes de otros profesionales (psiquiatra, psicólogo, educadores,...).

•Estrategias efectivas en colegio en el TDAH (Mulligan 2001)

- Cambios en el lugar de clase.
- Contacto frecuente.
- Estructurar rutinas, supervisar deberes.
- Técnicas de modulación sensorial.
- Ser tutorizado por un compañero.
- Descansos con actividad motora.
- Enseñar el autocontrol.
- Refuerzos positivos.
- Entrenamiento del profesorado.
- Comunicación clase-casa.

•Intervención ante los padres:

- Practicar la escucha empática.
- Proporcionarles información sobre el trastorno, y su afectación en la vida cotidiana.
- Ayudarles a entender mejor que los distintos contextos pueden afectar al comportamiento.
- Establecer expectativas realistas.
- Que sean parte activa del tratamiento.
- Reforzarles sentimiento de eficacia.

17.13. TRASTORNO NEGATIVISTA-DESAFIANTE Y TRASTORNO DE CONDUCTA

-Más frecuentes en varones (5:1).

-Baja autoestima, no cumplimiento de normas, falta de empatía, no cooperación, algunos hiperactividad conductual.

-Factores sociales relacionados: Familias desestructuradas, Antecedentes familiares de abuso de sustancias, Trastornos psiquiátricos en la familia de origen, Problemas de pareja, Crianza /apego deficitario, Bajo estatus socioeconómico.

•Trastorno desafiante

Patrón de enfado e irritabilidad al menos durante 6 meses. Síntomas de enfado o irritabilidad (pierde la calma, se molesta fácilmente...), discusiones o actitud desafiante (discute con la autoridad, molesta a los demás, culpa a los demás) y ser rencoroso o vengativo. Se expresa en la interacción con las personas de su entorno. Puede incluir: la pérdida de la calma, la tendencia a sentirse molesto, la presencia de enfados y discusiones con figuras de autoridad, como padres o profesores, el desafío o molestar deliberadamente.

Enfado/irritabilidad	Discusiones/actitud desafiante	Vengativo
-Pierde la calma. -Se molesta con facilidad. -Enfado o resentimiento frecuente.	-Discute con la autoridad. -Desafía o rechaza peticiones de adultos o normas. -Molesta a los demás deliberadamente. -Culpa a los demás de sus errores.	-Rencoroso o vengativo al menos 2 veces en los últimos 6 meses

•Trastorno de conducta

Patrón repetitivo de falta de respeto a normas y derechos de los demás en los últimos 12 meses (agresión a personas o animales, destrucción de la propiedad, engaño o robo, incumple las normas...). Puede ser de inicio infantil o adolescente.

Agresión a personas y animales	Engaño o robo
-Acoso, amenaza o intimida. -Inicia peleas. -Uso de armas provocando serios daños. -Crueldad física hacia personas. -Crueldad física hacia animales. -Robo con enfrentamiento a la víctima. -Violación sexual.	-Invadir la casa, automóvil o edificio ajeno. -Miente para obtener favores o evitar obligaciones. -Robo de objetos de valor sin enfrentamiento con la víctima.
Destrucción de la propiedad	Incumplimiento grave de las normas
-Prender fuego deliberadamente para dañar. -Destrucción deliberada de la propiedad de alguien por un método distinto al fuego.	-Sale por la noche a pesar de la prohibición (menores de 13 años). -Pasa la noche fuera del domicilio sin permiso al menos 2 veces, o 1 vez en periodo prolongado (menores de 13 años). -Absentismo escolar (menores de 13 años).

17.14. DIFICULTADES EMOCIONALES EN LA INFANCIA. DEPRESIÓN

- Prevalencia similar por sexos hasta la adolescencia.
- Puede aparecer a la vez con problemas de aprendizaje, abuso de sustancias en adolescentes, TDAH comórbido,...
- Síntomas expresados de forma diferente en infancia (dolor abdominal, falta de apetito o sueño, conductas de riesgo, ideación suicida en los casos graves).
- Para el terapeuta habrá dificultades como:
 - Falta de motivación... Iniciar actividad deportiva.
 - Baja autoestima... Refuerzos positivos repetidos.
 - Irritabilidad.
- Las manifestaciones clínicas de la depresión en niños y adolescentes se pueden englobar en tres tipos de síntomas: afectivos, físicos y cognitivos.

1. Síntomas afectivos

-Los síntomas más característicos del trastorno depresivo en niños y adolescentes son: humor triste o irritable, pérdida de interés (apatía), pérdida o disminución de la capacidad para experimentar placer en actividades con las que previamente se disfrutaba (anhedonia) y astenia. Aparecen con frecuencia aislamiento social y síntomas de angustia y ansiedad.

-El DSM5 incluye el “ánimo irritable” en niños y adolescentes, debido a que muchos niños carecen de la madurez emocional y cognitiva suficiente para identificar y organizar correctamente sus experiencias emocionales; pueden verbalizar “aburrimiento o enfado”, mostrarse desafiantes y retadores, y utilizar discusiones y peleas como vía para expresar su malestar emocional. Tanto el sueño como el apetito, suelen alterarse menos que en los episodios depresivos de los adultos.

-La apatía y anhedonia en adolescentes puede llevar a una búsqueda de experiencias placenteras, con riesgo de iniciarse el consumo de tóxicos o conductas sexuales de riesgo.

2. Síntomas físicos

-Inquietud psicomotriz o inhibición (enlentecimiento, letargia, mutismo), fatigabilidad y astenia, alteración del apetito (disminuido o aumentado), alteraciones del sueño (insomnio de conciliación, despertar precoz, sueño no reparador), activación autonómica y molestias físicas inespecíficas.

3. Síntomas cognitivos

-Disminución de la capacidad de atención y concentración, fallos de memoria (olvidos, despistes), indecisión, distorsiones cognitivas negativas (de soledad, vacío, incomprensión, culpa), baja autoestima, ideas de inutilidad e ideas de muerte o suicidio.

-Los niños y adolescentes con un TDM presentan, con mayor frecuencia que los adultos, sintomatología psicótica (tanto ideas delirantes congruentes con el estado de ánimo como fenómenos alucinatorios, principalmente alucinaciones visuales).

-La presentación clínica varía según el nivel de desarrollo del niño:

+En los niños pequeños (0-6 años) se observa un malestar y decaimiento, pérdida o no ganancia de peso, trastornos del sueño y retraso en el neurodesarrollo.

+En pre-púberes es más frecuente: la irritabilidad, la anhedonia (quejas de aburrimiento), agitación psicomotriz, quejas somáticas (como cefaleas o abdominalgias), síntomas de ansiedad (ansiedad de separación, miedos y fobias) y trastornos de conducta.

+En los adolescentes es más probable encontrar: ánimo triste e ideas de suicidio, irritabilidad, trastornos de la conducta y conductas de riesgo. Con frecuencia, los adolescentes deprimidos presentan síntomas depresivos atípicos, como: hipersomnia, aumento de apetito, indiferencia y aplanamiento emocional y letargia.

(*Pediatr Integral* 2017; XXI (2): 116.e1 – 116.e6)

17.15. INTERVENCIÓN EN LOS TRASTORNOS EMOCIONALES Y DE CONDUCTA DESDE TO

- En general, actividades en grupo: marionetas, arcilla, *collage*, teatro, pintura, juegos de mesa, psicodrama, deporte.
- Individualmente: Relajación, autoinstrucciones, autocontrol, estructurar hábitos, trabajo desde el juego o la dramatización. Incorporar actividad física para mejorar la motivación.
- Para la familia: economía de fichas (técnicas de modificación de conducta), manejo de resolución de conflictos, manejo de ansiedad. Pautas de crianza...

17.16. TERAPIA OCUPACIONAL EN LA INFANCIA Motivos de derivación al TO en la salud mental Infanto-Juvenil

- Recién Nacidos Prematuros o Recién Nacidos a término de Riesgo.
- Dificultades en el Aprendizaje: Escritura, atención, memoria, concentración, etc.
- Trastornos del Neurodesarrollo (TEA, Retraso general del desarrollo, Discapacidad intelectual, Trastorno por déficit de atención /hiperactividad, Trastorno específico del lenguaje, Trastornos motores).
- Síndromes Genéticos (Síndrome X frágil, S Down, S. Williams, etc).
- Retraso en las Habilidades Motoras Finas y/o Habilidades Motoras Gruesas.
- Parálisis Cerebral Infantil (PCI).
- Disfunciones en la Integración Sensorial.
- Dificultades en la Alimentación (baja tolerancia a alimentos nuevos, a texturas, etc).
- Trastorno del Desarrollo de la Coordinación.
- TCE (Traumatismo Craneoencefálico Infantil) y lesiones cefálicas.
- Disfunciones del Miembro Superior.
- Malformaciones Congénitas.

17.17. TERAPIA OCUPACIONAL EN LA INFANCIA

Pautas generales para la intervención de TO en niños (I)

- La relación terapéutica ha de estar basada en la sinceridad y la aceptación.
- Necesita tiempo y un espacio adecuado.

Tener en cuenta:

- La forma de expresar el malestar psíquico en la infancia.
- Las condiciones familiares, escolares y sociales.
- El nivel del lenguaje y capacidad de expresión verbal.
- El nivel de desarrollo cognitivo y lingüístico.
- La dificultad emocional del tema bajo discusión.

Inicio de la entrevista:

- En niños pequeños no comenzar con el problema manifiesto.
- Explorar que piensa el niño de la evaluación.
- Evitar un interrogatorio.
- Confidencialidad: sobre todo en los más mayores.

Técnicas para entrevista con el niño:

-Técnicas de juego interactivo:

- +Los niños a veces tienen limitaciones para explicar verbalmente sus sentimientos o interacciones sociales.
- +Explorar la forma de jugar, el tipo de juego.

-Técnicas proyectivas:

- +Facilitan también el proceso de la entrevista, introducen un elemento de
- +Una de las más utilizadas es el dibujo.
- +Fábulas (cuentos incompletos).

Evaluar las principales áreas de funcionamiento:

- Intereses.
- Sentimientos acerca de diferentes ámbitos(familia, escuela, compañeros).
- Imagen corporal.
- Miedos, preocupaciones.

Preguntar sobre síntomas psicopatológicos:

- Depresión.
- Temores, miedos.
- Obsesiones.
- Socialización.
- Alucinaciones.

17.17. TERAPIA OCUPACIONAL EN LA INFANCIA

Pautas generales para la intervención de TO en niños (y II)

Ejemplos de exploración de síntomas en niños:

- ¿A veces te sientes triste o mal?
 - ¿Poco querido por los demás?
 - ¿Lloras mucho?, ¿te has enfadado con tus amigos?, ¿te aburres más últimamente cuando estás con los amigos?
 - ¿Estás preocupado continuamente por diferentes aspectos?
 - ¿Tienes a veces pensamientos que no te los puedes quitar de la cabeza?
- Explorar qué piensa del origen de los problemas, cómo cree que le podemos ayudar...
- ¿Qué sueñas? Dime tres deseos.
 - Que cuente una historia sobre sus dibujos.

Durante nuestra intervención con niños... POR ENCIMA

- Importante fortalecer la autoestima del niño.
- Ayudar a identificar al niño sus comportamientos disfuncionales.
- Proporcionarle oportunidades de llevar a cabo comportamientos funcionales.
- Reforzar habilidades psicosociales. (en las sociales, iniciarle con comunicación uno a uno, después pequeño grupo para terminar en gran grupo).
- Enseñarle a identificar las emociones y controlarlas, pero no inhibirlas (ha de expresar tanto las emociones positivas como negativas).
- Mejorar tolerancia a la frustración, inhibición de impulsos.
- Ayudarle a tolerar transición y cambio.
- Autonomía e independencia, resolución de problemas, búsqueda de soluciones.
- Entorno con reglas y normas (en la terapia pero también trasladarlas al domicilio).
- Refuerzo positivo antes que el negativo.

17.18. ADOLESCENCIA

•Grupos de referencia:

- Familia: pasa en la adolescencia a ser compartido o a relegarse por el grupo de iguales.
- Iguales o pareja.
- Distintos autores reconocen el papel de la relación con los iguales como el promotor de la salud (Harris, 91; Berger 2004; Moreno 2008).
- En la adolescencia hay un importante proceso de identidad, de conocerse a uno mismo, aceptarse y aceptar al otro... factores que influyen en la competencia social.
- Era digital: modelos virtuales, relaciones digitales, amistades no corpóreas...
- El suicidio se encuentra entre las primeras causas de muerte en adolescentes, con una tendencia creciente. La conducta suicida incluye: ideación suicida, tentativas de suicidio y conductas autolesivas. Este tipo de comportamientos no siempre (no únicamente) se encuadran en el proceso de un trastorno depresivo.

Tema 18. Trastornos psiquiátricos en la vejez. Psiquiatría Geriátrica.

18.1. OBJETIVOS DEL TEMA PARA EL TO

-Saber identificar las **características especiales** que la edad avanzada confiere a los pacientes.

-**Saber diferenciar** los cambios normales propios del envejecimiento de las manifestaciones propias de las distintas patologías que puede padecer.

-Conocer los principales **datos epidemiológicos** acerca de los trastornos psíquicos más frecuentes en el paciente anciano.

-Saber plantear de manera precisa los distintos **diagnósticos** diferenciales, en el contexto del esquema diagnóstico habitual.

-Conocer algunos conceptos básicos y desarrollar habilidades específicas en el **abordaje terapéutico** (especialmente farmacológico) del paciente de edad avanzada.

-Transmitir la siguiente **actitud**: el TO tiene un papel fundamental en el seguimiento y tratamiento del paciente anciano.

18.2. ENVEJECIMIENTO FISIOLÓGICO. RESUMEN

•Cambios morfológicos:

-Involución, fibrosis, calcificaciones, depósitos sustancias residuales, alteraciones vasculares, etc.

-Atrofia y pérdida células nobles.

-Proliferación y aumento tejido intersticial.

-Disminución peso y volumen del organismo.

•Cambios funcionales (variabilidad individual):

-Disminución generalizada funcionamiento de todos los sistemas del organismo.

-Mayor fragilidad y vulnerabilidad.

-Menor capacidad de reacción a estresores patógenos.

-El envejecimiento se define como un deterioro progresivo y generalizado de la función que tiene como consecuencia una pérdida de la respuesta adaptativa a las situaciones de estrés y un aumento del riesgo de padecer enfermedades y de muerte.

-En los seres humanos la vejez es aceptada convencionalmente como la etapa del ciclo vital que comienza alrededor de los 65 años y que acaba con la muerte, pero es difícil determinar sus límites en términos fisiológicos. Su inicio se produce en algún punto indeterminado después de la madurez y su progresión sigue unas fases que difieren en cada individuo.

-Con el envejecimiento las funciones fisiológicas pierden eficiencia. En general, podemos afirmar que se produce la pérdida de la capacidad para mantener estable el medio interno del individuo frente a las perturbaciones del entorno (pérdida de homeostasis). La mayoría de los órganos vitales van a sufrir fenómenos de atrofia o degeneración.

18.3. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LA PSICOGERATRÍA

•La Psiquiatría Geriátrica o Psicogeriatría se encarga de la atención multidisciplinar a la salud mental de la persona mayor y del contexto que le rodea (cuidadores, familiares, instituciones).

•**Se atiende a una población que está viviendo:**

-Un envejecimiento cerebral orgánico o biológico:

- +Disminución del peso y volumen cerebral.
- +Aumento de los ventrículos.
- +Aumento de los surcos y disminución del volumen de las circunvoluciones.
- +Ovillos neurofibrilares.
- +Depósitos amiloideos
- +Atrofia y muerte neuronal (especialmente corteza e hipocampo).

-Las enfermedades somáticas que frecuentemente acompañan al envejecimiento:

- +Enfermedades neurológicas.
- +Enfermedades cardiovasculares.
- +Endocrinopatías.
- +Enfermedades osteoarticulares.
- +Asociación de dolor crónico.

-La disminución del nivel de funcionamiento.

-Los cambios sociales y psicológicos que se asocian al envejecimiento:

- +Duelos y pérdidas.
- +Jubilación.
- +Disminución de la capacidad adquisitiva.
- +Los frecuentes cambios de domicilio (ancianos golondrina).
- +Institucionalización.
- +Modificación del autoconcepto y la autoimagen.
- +Los procesos de adaptación. Estrategias de afrontamiento (*coping*).

18.4. ENVEJECIMIENTO CEREBRAL (sólo lectura)

•**Cambios morfológicos macroscópicos:**

- Disminución peso (10% entre 20-90 años).
- Pérdida volumen, aumento surcos y ventrículos (atrofia cerebral).
- Granulaciones, fibrosis, calcificaciones.
- Alteración meninges.
- Rigidez arterias cerebrales.

•**Cambios morfológicos microscópicos:**

- Pérdida generalizada neuronas.
- Disminución nº dendritas y conexiones (sinapsis).
- Hiperactividad neuroglía y tejidos sostén.
- Cambios membrana, sistemas enzimáticos.
- Depósitos intra y extracelulares.

•**Disminución sistemas neurotransmisión:**

- Noradrenérgico:** ↓ neuronas locus coeruleus, ↓ receptores α_1 y β_1 .
- Acetilcolinérgico:** ↓ síntesis acetilcolina, ↓ actividad enzimática (acetilcolintransferasa, acetilcolinesterasa), ↓ receptores muscarínicos (córtez, hipocampo).
- Dopaminérgico:** ↓ neuronas (estriado, sustancia negra), ↓ niveles dopamina presináptica, ↓ 40% receptores D_2 postsinápticos, ↓ actividad enzimática.
- Serotoninérgico:** Niveles serotonina normales, ↓ 30-50% receptores S_1 , S_2 .
- GABAérgico:** ↓ generalizada actividad (enzimas, transporte axonal, receptores).
- Glutamatergico:** ↓ receptores NMDA.

18.5. ENVEJECIMIENTO PSICOLOGICO. Psicometría

A. Disminución del rendimiento en tests psicométricos:

•Lenguaje (30-70 años):

- 14% pruebas verbales.
- 25% frases → 35% frases largas.
- 52% emparejamientos de palabras.
- Restricción del número de palabras.
- Habla más lenta, monocorde, menor prosodia.

•Memoria:

- Sensorial: pérdida discreta.
- Fijación: grán pérdida → disminución capacidad aprendizaje.
- Evocación: Almacenamiento normal, mecanismos de recuperación disminuídos.

B. Tests psicofisiológicos

•Motricidad:

- Alteraciones de la estática: discinesias idiopáticas.
- Mayor lentitud.
- Mayor sensibilidad a la fatiga.
- Fragilidad física → Encamamientos, accidentes, fracturas.

•Sensorio:

- Oído: Desde los 45 años, altas frecuencias.
- Vista: 50 años, dificultades en acomodación, presbiopía.
- Nocicepción alterada.

C. Otros tests

•Funciones superiores:

- Disminución atención.
- Disminución abstracción.
- Disminución relación percepto-espacial.

•Otros:

- Aspecto general se modifica.
- Disminución actividad sexual: pérdida potencia, dismin. libido, estereotipos sociales.
- Cambios en patrón de sueño: dismin. fases REM, aumento fases noREM.

18.6. ENVEJECIMIENTO PSICOLÓGICO. Pros y contras

A. Una visión negativa: ¿"Psicoesclerosis"?

- Disminución fluidez mental.
- Introspección excesiva.
- Dificultades aprendizaje.
- Misoneísmo, resistencia a cambios.
- Temporalidad peculiar: vive en el pasado.
- Modif. afectividad: labilidad, incontinencia.
- Disminución actividades sociales: aislamiento.

B. Aspectos positivos

- Ataraxia: serenidad.
- Experiencia: Perspectiva.
- Sagacidad.
- Creatividad.

18.7. ASPECTOS SOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO

→Jubilación:

-Jubilopatías / “Jubilofelicidad”.

•Fallecimiento pareja:

-Elaboración del duelo.
-Trastornos de adaptación.

•Emancipación hijos:

-“Síndrome del nido vacío”.

•Emigración a medio urbano:

-Desarraigo, dependencia de los hijos.

•Cambio modelo familiar:

-Familia patriarcal → familia nuclear.
-Desdibujamiento de roles (“carga”).

18.8. EL ANCIANO ENFERMO. CARACTERÍSTICAS ESPECIALES

- Mayor vulnerabilidad psicológica vs. mayor serenidad.
- Posibles respuestas exageradas / inhibidas.
- Inespecificidad relativa.
- Sintomatología cambiante: contemplar re-evaluaciones.
- Crucial: colaboración de cuidador (diagnóstico y tratamiento).

18.9. QUÉ SE TRATA EN PSICOGERIATRÍA

La atención psicogeriatrica se centra en los siguientes grupos fundamentales de población:

-**Pacientes con trastorno mental grave que han envejecido**, generalmente en instituciones como los hospitales psiquiátricos. Presentan generalmente una sintomatología psiquiátrica productiva más atenuada (hasta el 20% ya no presentan síntomas positivos) y sin embargo presentan otro tipo de sintomatología, como los síntomas residuales, el efecto de la institucionalización y el aislamiento social, o la iatrogenia de los antipsicóticos clásicos, además de lo que conlleva el propio envejecimiento.

-**Pacientes sin antecedentes psiquiátricos que han debutado con sintomatología más allá de los 50-60 años**. Se trata de patología psiquiátrica directamente relacionada con la edad:

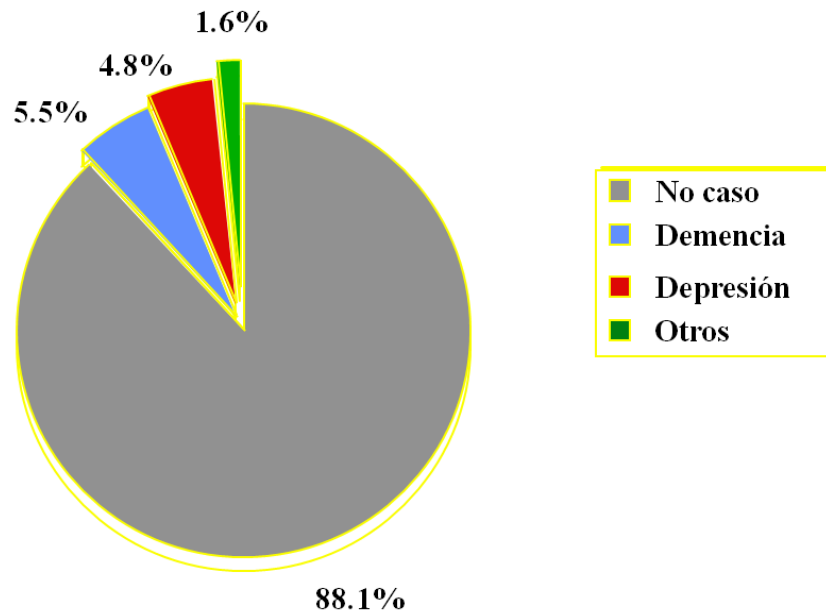
- +Deterioro cognoscitivo y demencias.
- +Delirium.
- +Depresión del anciano, Duelos.
- +Psicosis de tipo esquizofrénico de aparición tardía.
- +Trastornos delirantes.
- +Trastornos somatomorfos de inicio en los mayores.

-**Los cuidadores**. Estrés en los cuidadores (sobrecarga del cuidador).

18.10. EPIDEMIOLOGÍA

Diagnósticos	Prevalencia	Factores asociados
Demencia	-5% > 65 años. -35% > 85 años.	-Factores de riesgo vascular genéticos (p. ej., APO E4/E4). -Traumatismo craneoencefálico. -Escasa escolarización. -Síndrome de Down.
Síntomas psicóticos	-4-10% (en la comunidad). -20-25% (residencias de ancianos).	-Soledad y aislamiento social. -Polifarmacia. -Deficiencias sensoriales. -Deterioro cognoscitivo. -Abuso de alcohol.
Depresión mayor	-5-10% (Atención Primaria). -10-15% (ancianos hospitalizados).	-Sexo femenino. -Dependencia funcional. -Enfermedad crónica. -Dolor crónico. -Deterioro cognoscitivo.
Depresión leve	-25% (hospitalizados). -30% (residencias de ancianos).	-Escaso apoyo social.
Trastornos de ansiedad	-10-20% (comunidad) >40% (mayores hospitalizados)	-Sexo femenino. -Neuroticismo. -Deficiencias sensoriales. -Acontecimientos estresantes. -Duelo. -Caídas.

18.11. PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSÍQUICOS EN LA COMUNIDAD GERIÁTRICA DE ZARAGOZA (Estudio Zaragoza, N=1080)



18.12. ENTREVISTA CON EL PACIENTE ANCIANO

- Puede venir acompañado de un familiar / cuidador ¡Pero el protagonista es el paciente!
- Entrevistar también a solas.
- Es mayor que el entrevistador ... ¿cargado de estereotipos negativos?, ¿su dignidad amenazada? → mayor respeto, si cabe.
- Son conscientes de su fragilidad / desamparo ... suelen “exigir poco” ... pero tendrán en cuenta el trato que se les da.
- Especial esfuerzo por ganar su colaboración.
- Adaptar la entrevista a la situación:**
 - Mayor acercamiento (físico, afectivo). Hablar de cara al paciente, contacto visual.
 - Atención a problemas sensoriales, educacionales, ... Modular el tono de voz.
 - Comprobar la comprensión.
 - Respetar su ritmo enlentecido.
 - Cuidado con fatigarlo en exceso. Preguntas sencillas.
- Temas especiales en la anamnesis**
 - Los datos son fundamentales, pero más difíciles de conseguir.
 - Fundamental: información de personas cercanas / cuidadores.
 - Valorar estresores / factores precipitantes de su entorno.
 - Valorar otras circunstancias socio-ambientales (familia, amigos, ...).
 - Larga historia: el paciente ha vivido mucho.
 - Patoplastia: puede ser atípica y cambiante.**
 - Crucial: patología médica y tratamientos farmacológicos que está tomando.
 - ¿Comorbilidad psiquiátrica?
 - Actividades cotidianas y afectación.
 - Estilo y capacidades de afrontamiento de problemas.
 - Antecedentes familiares y temores.
- Temas especiales en la exploración**
 - No confundir fatiga con discapacidad / deterioro.
 - Sintomatología solapada / cambiante / influida por factores circunstanciales? → repetir exploraciones?
 - Importancia de la exploración médica.
 - Inevitable exploración neurológica.
 - Indispensable exploración cognoscitiva:
 - +Instrumentos estandarizados (ECMM, test reloj, fluencia verbal, test 7 minutos,...).
 - +Valorar influencia edad y escolarización.
 - +Discrepancias entre quejas subjetivas y hallazgos objetivos.
 - Probables respuestas inhibidas / exageradas.
 - Inespecificidad relativa de la clínica.

18.13. PSIQUIATRÍA GERIÁTRICA. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

•Demencias

- Patología edad-dependiente.
- 80% pacientes en la comunidad.
- Atención a las demencias reversibles: evitar nihilismo diagnóstico y terapéutico.
- Demencia-depresión: una relación con muchas caras.
- Mayor mortalidad (riesgo x 3 veces).

•Delirium

- Más frecuente en ancianos.
- Problemas diagnósticos.
- Peor pronóstico en ancianos.

•Otros trastornos orgánicos (más frecuentes en ancianos)

•**Abuso de sustancias** (atención a dependencia de fármacos, especialmente psicofármacos)

•Psicosis del anciano

-Pacientes psicóticos envejecidos, psicosis de inicio tardío (más frecuente en mujeres, en > 60 años, sin deterioro cognoscitivo, mayor frecuencia de delirios paranoides).

-Parafrenias.

-Los ancianos son más vulnerables por: deterioro cognoscitivo, alteraciones sensoriales, soledad, polifarmacia,...

-Las alucinaciones visuales en la mayor parte de los casos tienen una causa orgánica. Frecuentes en Alzheimer y demencia por cuerpos de Lewy; si no hay demencia, descartar alteraciones visuales o cerebrales.

-Hay delirios más típicos del anciano:

+*Paranoides*: favorecidos en los mayores por las deficiencias sensoriales (paranoia de los sordos) y también por el aislamiento, el rechazo social de la vejez,...

+*De infestación o parasitación* (síndrome de Ekbom).

+*Hipocondríacos*: favorecidos por enfermedades y síntomas somáticos, miedo a la muerte o a las enfermedades (cáncer, las demencias,...).

+*Síndrome de Cotard*: negación delirante del funcionamiento de los órganos corporales.

+*Síndrome de Diógenes*: acaparamiento y acumulación de objetos inservibles y basura.

•Trastornos afectivos

-Depresión involutiva (?), depresión vascular (?).

-Problemas diagnósticos, especialmente vs. demencia (pseudodemencia depresiva: alteraciones de memoria en depresiones mayores de los ancianos, con bloqueo cognoscitivo, dificultades de atención y concentración; estas alteraciones mejoran tras el tratamiento antidepresivo, pero >33% desarrollan una demencia a largo plazo).

-De elevada prevalencia. Más frecuentes:

+Depresión con síntomas somáticos: dolores generalizados, cefalea, astenia, molestias digestivas, sensación de mareo ("vértigos").

+Depresión con síntomas psicóticos: delirios (paranoides, de culpa, hipocondríacos, de ruina,...) son más frecuentes en la depresión del anciano.

+Depresión con irritabilidad.

+Depresión agitada (con inquietud, tensión motora y hasta agitación), Depresión inhibida (negligencia, negativismo, encamamiento y aislamiento del entorno).

-Atención al potencial autolítico.

•Neurosis, trastornos por estrés y somatomorfos

-Cuadros con síntomas somáticos: descartar organicidad.

-Atención a cuadros de duelo/luto patológico.

18.14. PSICOTERAPIA EN ANCIANOS

- Principios y eficacia: similar a adultos.
- “Salud / Dinero / Amor”, pero adaptado:
 - Duelos familiares.
 - Revisión de la vida anterior (terapia de “reminiscencias”).
 - Preocupación especial por la salud física.
 - Dificultades de recursos.
 - Afrontamiento en temas especiales (visión negativa de la vejez, cambio de roles familiares / sociales).
 - Consciencia de “estar llegando al final”.
- Terapias:
 - Psicomotoras.
 - De apoyo al cuidador.

18.15. TO Y PSICOGERIATRÍA (I)

- Importante la formación de los profesionales para diferenciar los cambios normales asociados a la edad y los patológicos.
- Conocer los cambios para poder adaptar las intervenciones ocupacionales a las capacidades psicológicas, cognoscitivas y biológicas del anciano.
- Pluripatología somática y psíquica que requiere intervención global.
- A tener en cuenta:
 - Patologías con patoplastia modificada por la edad.
 - Difícil abordaje terapéutico.
 - Alteraciones funcionales y psicosociales, junto con gran dependencia.
 - Gran sufrimiento personal y familiar.
- Objetivos:** Mantener independencia funcional y calidad de vida (adquirir nuevas habilidades que se adapten a los déficits y recuperar las pérdidas o deficitarias).
 - Para ello, es necesario evaluar las necesidades del paciente, identificar los problemas del desempeño, sus destrezas y poner los medios adecuados.
 - En el proceso de evaluación: actividades que tengan un significado para el anciano, que sean útiles para la vida cotidiana, no olvidar el entorno (físico y social) ya que puede ser generador de estrés o un apoyo relevante.
 - Fases: evaluar, diseñar intervención, puesta en marcha y reevaluación.

18.15. TO Y PSICOGERIATRÍA (y II)

- **Autocuidados, descanso y sueño**

- Expectativas de cada persona en las AVD.
- Ayudar a las rutinas básicas (higiene, desplazamientos, uso del WC,...).

- **Actividades instrumentales**

- Roles domésticos (participar en las tareas).
- Ayudar con las rutinas (manejo del dinero, compra, listas, cocina,...).
- Voluntariado.

- **Ocio**

- Explorar intereses y realización de actividades de ocio y sociales.
- Evitar aislamiento y soledad.

- **Habilidades motoras, prácticas, sensorio-perceptivas**

- Trabajar en ellas participando en distintas actividades.

- **Habilidades cognoscitivas, de regulación emocional, comunicación y sociales**

- Primero menos capacidad de elección, después mayor oportunidad para decidir.
- Actividades sencillas, con resultados a corto plazo.
- Objetivos realistas.
- Mejorar autoconcepto.
- Facilitar habilidades de comunicación, relaciones interpersonales... mediante *roleplaying*, grupos...

- **Entorno físico y social**

- Entorno seguro que informe de situaciones riesgo (autolisis).

- **Programas específicos** (p.el: ver el tema de demencias).

Tema 19. Los tratamientos psicoterapéuticos de interés en Terapia Ocupacional. La moderna asistencia psiquiátrica.

19.1. OBJETIVOS DEL TEMA

- Capacitar para la utilización clínica, como TO, de unos principios básicos y una **psicoterapia “de apoyo”**.
- Conocer los **fundamentos** de los distintos tipos de psicoterapia.
- Conocer las **indicaciones** (y, en su caso, limitaciones) de las distintas psicoterapias.
- Proporcionar un esquema básico del **sistema asistencial** en nuestro medio.
- Conocer los fundamentos de un sistema asistencial “ideal”, con todos sus recursos, y las limitaciones actuales de servicios.

GENERALIDADES

Entrevista clínica: ¡crucial! (ver esquema 2.2)

El esquema terapéutico (ver esquema 2.7)

19.2. DEFINICIÓN

•Wolberg:

- Es una forma de *tratamiento psicológico* para problemas de tipo emocional.
- Basada en una *relación interpersonal*:
 - +En la cual una persona entrenada al respecto,
 - +Establece deliberadamente una relación profesional con el paciente.
- Con los siguientes *objetivos*:
 - +Modificar, retardar o eliminar los síntomas patológicos existentes.
 - +Promoviendo así el desarrollo positivo de la personalidad del enfermo.

•Alexander:

- Experiencia emocional correctiva.
- Mediada por la palabra.
- Producida en la interacción profesional terapeuta-paciente.

19.3. ASPECTOS NECESARIOS EN UNA RELACIÓN TERAPÉUTICA

•La **escucha** es la capacidad empática de entender al otro, base de cualquier relación terapéutica.

•El **encuadre** (marco en el que va a ocurrir el proceso terapéutico): permite mantener la continuidad del proceso terapéutico y, a su vez, se convierte en una herramienta del mismo. Esto incluye: las personas que estarán en la terapia, el lugar, el horario, frecuencia y duración de las sesiones o la duración previsible de la terapia.

•**Dificultades:**

-*Ciertos tipos de pacientes* dificultan el proceso terapéutico (paranoides, TLP, dependientes,...).

-Dificultades para *realizar las tareas* asignadas (ej. baja escolarización,...).

-*Transferencia*: proceso por el que el paciente experimenta su relación con el terapeuta y actúa con respecto a él. Los precipitadores de fenómenos transferenciales al inicio de la terapia son los más evidentes: sexo, edad, modo de vestir... del terapeuta.

-*Contratransferencia*: proceso por el cual el terapeuta experimenta su relación con el paciente y se siente impulsado a responder en función de las mismas y no en consideración de su papel como psicoterapeuta. El terapeuta debe ser capaz de reconocer estos fenómenos y reconducir su modo de actuar.

-*Resistencia*: La resistencia se entiende como la dificultad para avanzar hacia el cambio. Suele aparecer cuando se enfrentan temas que desafían las necesidades de seguridad, aceptación social e integridad personal.

19.4. PSICOTERAPIA BÁSICA "DE APOYO"*

•**Concepto**: se trata de una intervención terapéutica psicológica encuadrada en una relación emocional profesional-paciente positiva, en la que el terapeuta despliega una actitud receptiva de constante aliento con la finalidad de mitigar o eliminar emociones negativas.

•Es la modalidad psicoterapéutica más utilizada en Psiquiatría.

•A diferencia de una simple relación de apoyo, implica una formulación del caso, se hace uso de unas herramientas, y hay unos **objetivos**; los más frecuentes son:

-Disminuir la ansiedad; conseguir que el paciente se sienta mejor.

-Aumentar la autoestima.

-Mejorar habilidades adaptativas

•**Técnicas:**

1. Escucha terapéutica

Escuchar atentamente con un silencio activo es permitirle a la persona, en nuestra compañía, expresar libremente y a su manera sus sentimientos, temores, conflictos y necesidades. Inicialmente debemos transmitir al paciente la sensación de que nos interesa mucho, lo acompañamos y lo respetamos.

2. Formulación del caso

Una vez se ha escuchado detenidamente al paciente sobre el suceso, historia personal y antecedentes, se formula su caso. La formulación del caso es una serie de hipótesis acerca de las causas, precipitantes e influencias que mantienen los problemas psicológicos, interpersonales o del comportamiento de una persona

3. Encuadre

El encuadre configura aspectos que cuando son conscientes por parte del paciente estructuran y dan un sentido de confiabilidad a la psicoterapia y al terapeuta, fundamentales para el logro de sus propósitos.

4. Alianza terapéutica

El establecimiento de un vínculo sólido es útil para el logro de los objetivos establecidos por parte del paciente.

19.5. PSICOTERAPIA BÁSICA: TÉCNICAS DE “RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS”*

- Técnicas sencillas de aprender, no especializadas.
- Los datos apoyan su efectividad.
- Pasos a negociar con el paciente (tras su evaluación cuidadosa y la comunicación del diagnóstico y juicio etiológico):
 - Identificar y delimitar los problemas (psico-sociales).
 - Priorizar los objetivos a conseguir.
 - Concretar los pasos sucesivos a seguir.
 - Acordar un calendario de actuación.
 - Identificar obstáculos surgidos y plantear cómo se sortea.n
 - Repasar las metas alcanzadas.

*Principios generales para distintos trastornos psíquicos.

19.6. PSICOTERAPIA BÁSICA: OTRAS SENCILLAS TÉCNICAS*

- “Resolución de problemas”, técnica avanzada:
 - “Papel y lápiz”.
 - Cuidadosa elaboración de plan de acción.
- “Distracción”.
- “Afrontamiento” de ansiedad y crisis de pánico.
- Relajación y control respiratorio.
- Medidas higiénicas: ejercicio, dieta, sueño, descanso.
- Intervenciones familiares (o en otros apoyos).
- Manuales de autoayuda.

*Principios generales para distintos trastornos psíquicos.

•**“Psicoterapia informativa”**: una adecuada información al paciente y su familia es una buena forma de psicoterapia básica.

19.7. EFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA

- Clásica controversia en la disciplina: ¿Efectividad?
- Efectividad de distintas técnicas (Luborsky y cols., 1975).
- Meta-análisis, Smith y cols., 1980 (>400 estudios):
 - Psicoterapia mejora más que no tratamiento.
 - Distintas técnicas: similares resultados.
- “Los componentes de toda psicoterapia” (Frank, 1961, 1982):
 - Relación emocional intensa y confianza con el terapeuta.
 - Ambiente de cura (entorno, etc.).
 - Esquema racional que “explica”/ hace “comprensibles” los síntomas/ trastornos del paciente.
 - Un procedimiento terapéutico concreto.
 - “El poder terapéutico radica en el vínculo entre paciente y terapeuta”. **Muy importante**

19.8. PSICOTERAPIAS ESPECIALIZADAS

1. Terapias psicodinámicas

- Basadas en conflictos inconscientes.
- Uso de la relación terapéutica (transferencia).
- Objetivo: insight y cambio de patrones profundos.

2. Terapia cognitivo-conductual (TCC)

- Relación pensamiento-emoción-conducta.
- Técnicas: reestructuración cognitiva, exposición, entrenamiento conductual.
- Estructurada, breve, basada en evidencia.

3. Terapia humanista

- Centrada en la persona.
- Empatía, autenticidad, aceptación.
- Desarrollo personal.

4. Terapias de tercera generación (contextuales: centradas en aceptación y contexto).

-**Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT):** aceptación + valores.

-**Terapia Dialéctica Conductual (DBT):** regulación emocional, tolerancia al malestar (principal indicación: TLP).

-**Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR):** Reprocesamiento de recuerdos traumáticos mediante la estimulación bilateral de los movimientos oculares para reducir carga emocional del trauma. (principal indicación: TEPT).

-**Terapia de Activación Conductual (TAC):** participación gradual en actividades agradables.

-**Mindfulness:** atención plena sin juicio.

5. Otras

-**Terapia interpersonal (TIP):** Centrada en las relaciones actuales. Se utiliza en casos de duelo, conflictos, cambios de rol (frecuentes en depression).

-**Terapia sistémica / familiar:** Enfoque en dinámicas del sistema (familia). Intervención relacional.

-**Terapia basada en la mentalización (MBT):** Mejora la comprensión de estados mentales. En trastornos de personalidad.

-**Terapia centrada en esquemas:** Integra TCC + apego + psicodinámica. Trabaja esquemas tempranos desadaptativos.

19.9. OTRAS TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS

- Biofeedback. **notar su ritmo cardiaco para regularlo**
- Sugestión (e hipnosis), sofrología.
- Persuasión.
- Relajación (Jacobson, Schultz, etc.).
- Otras técnicas de inspiración psicoanalítica:
 - +De las distintas escuelas (“adleriana”, “jungiana”, “culturalistas”, etc.)
 - +Psicoterapias breves y focales e intervenciones “en crisis”.
- Modelos humanistas:
 - +Análisis existencial, Análisis transaccional, Terapia gestalt, Terapias espiritualistas, etc.
 - +Núcleo: el “encuentro” entre “cliente” y terapeuta; el *aquí y ahora*; la *alianza terapéutica* de dos personas (no médico y enfermo).
 - +Inspiración filosófica en valores, actitudes, desarrollo integral del ser humano.
- Psicoterapia de grupo.
- Psicodrama.
- Consejo asistido (“counselling”).
- Grupo de auto-ayuda y psicoeducación.
- Terapia familiar; terapia de pareja.
- Tratamientos psicosociales y rehabilitadores. Laborterapia.
- Rehabilitación neuro-cognitiva.
- Catálogo de prestaciones de la Seguridad Social:**
 - Incluye: cualquier técnica que haya documentado eficacia (MBE).
 - Excluye: psicoanálisis e hipnosis.

19.10. TERAPIA DE GRUPO

- Objetivos:**
 - Mejoría de síntomas/ conductas patológicas.
 - Maduración de relaciones inter-personales.
- Técnica:**
 - Adecuada dirección de terapeuta y co-terapeuta.
 - Creación de una atmósfera terapéutica, de cambio positivo.
- Tipos:**
 - Múltiples orientaciones (psicodinámica, conductista, etc.).
- Algunos factores positivos:**
 - Factores de la terapia individual: abreacción, catarsis, aprendizaje sobre sí mismo, etc.
 - Aprendizaje en grupo: factores de relación inter-personal:
 - +Apoyos / críticas / competencias / envidias / celos / el “rol” de cada miembro.
 - Aceptación/ rechazo por el grupo; cohesión y “espíritu de equipo”.
 - Interpretación por iguales, no por un terapeuta profesional.
 - Test de realidad, en grupo.
 - Validación / refutación por el grupo de la visión que el paciente tiene de sí mismo.
 - Altruismo, empatía.
 - “Contagio positivo”; imitación.
 - “Transferencia” (con el terapeuta; con otros miembros).

19.11. FILOSOFÍA ACTUAL DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

• Integración de la asistencia psiquiátrica en la asistencia sanitaria general (Sistema Nacional de Salud).

- Universalidad de la asistencia.
- Atención integral a la salud, Integración en dispositivo único.
- Total equiparación del enfermo mental a cualquier otro tipo de enfermo.
- Atención Especializada, conexión con Atención Primaria.
- Territorialización en la prestación de cuidados (Áreas de salud).
- Prioridad concedida a las actuaciones en el ámbito comunitario.
- Ingresos: En las Unidades de psiquiatría de los Hospitales Generales.
- Énfasis en la Psicósomática y Psiquiatría “de Enlace”.
- Desarrollo de los Servicios de Rehabilitación y Reinserción social.
- Distribución racional de recursos, Planificación según demanda (?).
- Sistemas de evaluación de la calidad asistencial, Normas de acreditación.
- Gestión descentralizada.
- Docencia e Investigación como funciones básicas del sistema asistencial.

19.12. LOS SERVICIOS Y UNIDADES EN UNA MODERNA RED ASISTENCIAL PSIQUIÁTRICA

- Urgencias psiquiátricas*.
- Centro de Salud Mental.
- Unidad de ingresos psiquiátricos en el hospital general*.
- Unidad de Psicósomática y Psiquiatría “de Enlace”*: (Psiquiatría “de Hospital General”).
- Hospital de día*.
- Servicios de Rehabilitación y Reinserción social: Residencias de media y larga estancia. Pisos asistidos. Talleres ocupacionales.
- Otras Unidades o Programas:
 - Psiquiatría Infanto-Juvenil*.
 - Psicogeriatría*.
 - Programas de alcoholismo y abuso de sustancias*.
 - Asistencia domiciliaria.
 - Detección y cuidado de grupos de alto riesgo.

*Unidades que suelen formar parte de un Servicio (Departamento) de Psiquiatría en un hospital general.

19.13. HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA (“AGUDOS”/ “CORTA ESTANCIA”).

Criterios de ingreso

1. “Que no se muera el enfermo”.

1.1. Riesgo importante de suicidio:

-Depresión “Mayor” (“melancólica”/ “endógena”), Otras depresiones.

-Otros: EQZ (y otras psicosis), Abuso de sustancias, Trast. personalidad (TLP), Otros.

1.2. Otras situaciones de riesgo vital:

-Depresiones “Mayores” con mal estado general, Anorexia nerviosa grave y/ o resistente, Otras.

2. Riesgos para otros (impulsividad, agresividad, etc.):

-Psicosis (EQZ, otros), Abuso de sustancias (en situaciones agudas / especiales), Trast. personalidad (en situaciones agudas / especiales).

3. Psicosis agudas graves (riesgos diversos):

-EQZ. Manía aguda, Otras.

4. Desintoxicación en abuso de sustancias:

-Casos graves, riesgos físicos, imposibilidad de tratto. ambulatorio,...

5. Otras situaciones (particularmente en circunstancias ideales de camas disponibles):

-Casos resistentes al tratamiento (necesidad de dosis altas, tratamientos de riesgo,...).

-Ingresos “de respiro” (para los cuidadores).

-Otras.

19.14. HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA (“AGUDOS”/ “CORTA ESTANCIA”).

Técnicas de intervención hospitalaria

1. Técnicas de intervención restrictivas

-Suponen una reducción temporal en la libertad del paciente y que se realizan con el fin de evitar situaciones que pongan en peligro la integridad física del paciente y del entorno: agitación con agresividad, conductas autolesivas (*cutting* o vómitos autoinducidos entre otros) y comportamiento temerario, que no se controlan mediante contención verbal o por medio de medicación oral.

-Incluyen: aislamiento, contención mecánica y administración de medicación involuntaria.

2. Técnicas de intervención biológicas

2.1. Optimización del tratamiento farmacológico:

-Verificación de la adherencia terapéutica por parte del paciente.

-Verificación del tratamiento elegido para cada paciente en base a la eficacia previa del tratamiento, así como a la seguridad y tolerabilidad.

2.2. Técnicas de intervención biológicas no farmacológicas:

-Terapia Electro-Convulsiva (TEC): se aplica una corriente eléctrica a través de electrodos colocados en el cuero cabelludo para generar una crisis convulsiva tónico-clónica generalizada. En depresiones graves, refractarias a tratamiento, catatonía, manías o esquizofrenia que no responden a tratamiento,...

-Psicocirugía: resección o lesión quirúrgica selectiva de una vía neuronal con el propósito de influir en el comportamiento (OMS). Suele ser una técnica irreversible controvertida. Se utiliza en TOC grave y trastornos afectivos muy graves cuando las todas las otras alternativas terapéuticas han fracasado. Tendente al desuso.

3. Intervenciones no biológicas:

-Psicoeducación.

-Terapia Ocupacional (ver esquema 1.17).

-Talleres de Grupos (ver esquema 19.10): grupos psicoeducativos (también a nivel familiar), psicoterapia grupal cognitivo-conductual, grupo de buenos días y talleres de vida saludable.

Tema 20. Rehabilitación psiquiátrica. Trastorno Mental Grave y sus implicaciones en Terapia Ocupacional.

20.1. OBJETIVOS DEL TEMA

- Conocer los fundamentos y objetivos de la **rehabilitación psicosocial**.
- Saber identificar los casos de **Trastorno Mental Grave (TMG)**.
- Conocer y manejar las principales técnicas de Terapia Ocupacional en el TMG.

REHABILITACIÓN PSICO-SOCIAL

20.2. CONCEPTOS

• El término **rehabilitación psicosocial o psiquiátrica** hace referencia a un espectro de programas para personas que sufren de manera continuada trastornos psiquiátricos graves.

• El **objetivo** es mejorar la calidad de vida de estos individuos, ayudándoles a asumir la responsabilidad de sus propias vidas y a actuar en la comunidad de la manera más activa, normalizada e independiente posible.

• Los **programas** están concebidos para reducir el deterioro y la discapacidad, reforzar las habilidades del individuo (cognitivas, sociales, familiares, vocacionales, recreacionales, de autocuidado, manejo de dinero...) y desarrollar los apoyos ambientales necesarios para mantenerse en su entorno.

• Notable desarrollo en las últimas décadas: subespecialización en algún país.

• Pretende completar el abordaje médico: aspectos psico-sociales, familiares, laborales, ecológicos,...

• Programas "integrados" y técnicas específicas.

• Énfasis en el Trastorno Mental Grave (TMG):

- Pacientes graves.

- No acuden / se pierden en el sistema asistencial.

- Necesitan:

+ Apoyo socio-sanitario.

+ Plan integrado ("case management"):

- Farmacológico / Psico-social.

- Rehabilitador / Apoyo social.

+ Tratamiento + Prevención.

20.3. TRASTORNO MENTAL GRAVE. CONCEPTO OPERATIVO

- **Grupos diagnósticos “graves”:**
 - Trastornos psicóticos:
 - +EQZ y esquizo-afectivos: con una gran afectación del funcionamiento, especialmente las relaciones sociales.
 - +Trastornos bipolares y trastornos afectivos recurrentes.
 - Neurosis / Trastornos de personalidad graves.
- **Duración ≥ 2 años.**
- **Presencia de discapacidad (≥ 3 categorías):**
 - Higiene personal / autocuidados.
 - Autonomía personal.
 - Relaciones interpersonales.
 - Transacciones “sociales”.
 - Aprendizaje “social”.
 - Ocio y tiempo libre.
- **Dificultad para la autosuficiencia económica.**

20.4. REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL. OBJETIVOS

- Mejorar a las personas con discapacidad por motivos psiquiátricos:
 - Su autonomía personal.
 - Su funcionamiento psicosocial.
 - Evitar su reingreso y lograr su mantenimiento en la familia/grupo social.
- Intentar recuperar su proyecto vital.
- Buscar la mejor utilización de sus potencialidades.
- Buscar apoyos externos que faciliten lo anterior.
- Planificación individual.
- Mantener en todo el proceso un inevitable realismo clínico, consciente de limitaciones no mejorables.

20.5. REHABILITACIÓN PSICO-SOCIAL. TÉCNICAS

- **Talleres y módulos específicos:**
 1. Dirigidos al paciente.
 2. Relativos a la familia.
 3. Para mejorar relaciones interpersonales.
 4. Para mejorar la calidad del trabajo.
 5. Dirigidas al ocio y tiempo libre.
 6. Dirigidas a la búsqueda de autonomía en la vivienda / residencia.
- **Técnicas dirigidas al paciente:**
 - Higiene personal y autocuidados.
 - Otras actividades cotidianas: Manejo del dinero, transporte, etc.
 - Afrontamiento del estrés y auto-control:
 - +Relajación / Reconocimiento de emociones.
 - +Resolución de problemas, etc.
 - Psicoeducación: Conocimiento de la enfermedad (causas, factores mantenimiento,...).
 - Psicomotricidad.
 - Rendimiento cognoscitivo.
 - Manejo de la medicación / Prevención de recaídas.

20.6. ASPECTOS BÁSICOS A SUPERVISAR EN EL PACIENTE

Ámbitos	Ejemplos
Cuidados higiénicos.	-Higiene personal, alimentación, organización de dichos cuidados.
Recuperación de las actividades cotidianas.	-Habilidades para realizar las tareas domésticas, cocinar, uso y cuidado del dinero, transporte,...
Educación sanitaria y psicoeducación para el paciente.	-Apoyo a la cumplimentación terapéutica. -Favorecer la autonomía en la comprensión del trastorno. -Orientación sobre los factores de riesgo personalizados. -Grupos psicoeducativos. -Grupos multifamiliares.
Educación sanitaria y psicoeducación para la familia.	-Psicoeducación sanitaria. -Grupos psicoeducativos. -Grupos de padres o multifamiliares.
Rehabilitación laboral.	-Ayudarle a recuperar cuanto antes el trabajo o los estudios, con las readaptaciones que sean necesarias realizar. -Formación profesional, aprendizajes sociales. -Trabajos protegidos.
Orientación ocupacional.	-Estudio de los intereses y aptitudes del paciente. -Desarrollo de la motivación. -Ayudarle a buscar trabajo.
Escuelas y cursos formativos para adultos.	-Ayudarle a sacar el certificado de estudios y los certificados de los estudios realizados. -Cursos formativos adaptados a sus necesidades y posibilidades. -Formación profesional protegida.
Actividades de ocio y tiempo libre.	-Deportes, trabajos manuales, aficiones, coleccionismo, actividades sociales regladas.
Actividades deportivas.	-Gimnasia de mantenimiento, deportes adaptados, asociaciones de deporte,...
Habilidades sociales.	-Actividades sociales regladas: centro social, asociaciones de vecinos, asociaciones culturales, ... -Ayuda para las actividades sociales no regladas: fines de semana, fiestas, ... -Entrenamiento en habilidades sociales concretas.
Rehabilitación cognoscitiva.	-Sistemas para desarrollar la atención y la memoria, para mejorar la percepción en situaciones sociales, solución de problemas, ...
Mantenimiento y desarrollo de la capacidad de contacto emocional.	-Ayuda en las relaciones sociales y emocionales. -Ayuda en la conservación del <i>self</i> corporal, autoestima, ...
Alternativas residenciales.	-Residencias para crisis. -Pisos protegidos y supervisados, ...
Cuidados de Salud Pública.	-Prestaciones económicas. -Trabajos protegidos. -Educación sobre servicios comunitarios. -Vinculación con redes sanitarias, sociales y educativas.

20.7. RECURSOS DE REHABILITACIÓN

- Programas de rehabilitación y seguimiento de personas con trastorno psiquiátrico grave en los Servicios o Unidades de Salud Mental.
- Unidades hospitalarias de rehabilitación.
- Hospitales de día.
- Centros de rehabilitación psicosocial y actividades de apoyo y soporte social (funciones de Centro de Día).
- Alternativas residenciales comunitarias.
- Rehabilitación laboral e integración en el mundo del trabajo. Apoyo económico.
- Otros recursos comunitarios de apoyo (agencias para la tutela del adulto, clubes sociales, asociaciones, centros de día, recursos socio-comunitarios normalizados...).



20.8. PAPEL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL

El terapeuta ocupacional es un profesional clave dentro del abordaje interdisciplinar en salud mental, especialmente en el contexto de la rehabilitación psiquiátrica y el trastorno mental grave (TMG).

Su intervención se centra en el uso terapéutico de la ocupación significativa como medio para mejorar el funcionamiento, la autonomía y la integración social de la persona (actúa como agente de cambio funcional y social).

Funciones principales en rehabilitación psiquiátrica

- Evaluar el desempeño ocupacional del paciente:
 - +Autocuidado.
 - +Productividad.
 - +Ocio y tiempo libre.
- Detectar limitaciones funcionales derivadas del trastorno mental.
- Diseñar programas de intervención individualizados.
- Facilitar la adquisición de habilidades necesarias para la vida diaria.
- Promover:
 - +Autonomía.
 - +Inclusión social.
 - +Calidad de vida.

Rol del TO en trastorno mental grave (TMG)

- En personas con TMG (como esquizofrenia o trastornos psicóticos crónicos), el terapeuta ocupacional:
 - +Trabaja la recuperación funcional más que la curación.
 - +Interviene en déficits: Cognoscitivos, Sociales, Motivacionales.
 - +Favorece la estabilidad y continuidad en la vida cotidiana.
 - +Actúa como puente entre el entorno clínico y la comunidad.
 - +Persigue el mantenimiento del paciente en la comunidad.
 - +Trabaja en la prevención de recaídas.
- Trabajo dentro de equipos multidisciplinares.

20.9. OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN

Objetivo general

Mejorar el nivel de funcionamiento ocupacional, facilitando la autonomía personal y la inclusión social.

Objetivos específicos

-Área de autocuidado:

- +Adquirir o recuperar habilidades básicas: Higiene personal, Vestido, Alimentación,...
- +Establecer rutinas estructuradas.
- +Fomentar la independencia en actividades de la vida diaria (AVD).
- +Aumentar la conciencia de enfermedad (*insight*).

-Área cognoscitiva:

- +Mejorar funciones cognoscitivas alteradas: Atención, Memoria, Planificación,...
- +Incrementar la capacidad de organización y resolución de problemas.

-Área social (desarrollar habilidades sociales):

- +Comunicación: iniciar y mantener conversaciones.
- +Expresión emocional adecuada.
- +Resolución de conflictos.
- +Mejorar la adaptación a normas sociales.
- +Reducir el aislamiento social.

-Área comunitaria:

- +Entrenar el uso de recursos comunitarios: Transporte, Compras, Gestión del dinero,...
- +Favorecer la integración en el entorno.

-Área laboral/ocupacional:

- +Evaluar capacidades laborales.
- +Preparación laboral: entrenar habilidades prelaborales como Puntualidad, Responsabilidad, Trabajo en equipo,...
- +Rehabilitación vocacional.
- +Facilitar la inserción laboral (protegida o normalizada).

20.10. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

La intervención en terapia ocupacional combina múltiples técnicas adaptadas al perfil del paciente.

Técnicas centradas en la ocupación

- Uso de actividades significativas como herramienta terapéutica.
- Entrenamiento en AVD:
 - +Básicas (aseo, alimentación).
 - +Instrumentales (compras, cocina).
- Estructuración de rutinas diarias.

Técnicas cognoscitivas

- Rehabilitación cognoscitiva:
 - +Ejercicios específicos para: Atención sostenida, Memoria de trabajo,...
 - +Uso de programas estructurados.
- Estimulación cognoscitiva.
- Entrenamiento en funciones ejecutivas.

Técnicas psicosociales

- Entrenamiento en habilidades sociales:
 - +*Role-playing* (ensayo de situaciones reales).
 - +Modelado de conductas.
 - +*Feedback* inmediato.
 - +Generalización a contextos reales.
- Psicoeducación:
 - +Información sobre el trastorno mental.
 - +Identificación de síntomas.
 - +Prevención de recaídas.
 - +Adherencia al tratamiento.
- Manejo del estrés.

Técnicas conductuales

- Refuerzo positivo.
- Moldeamiento.
- Economía de fichas.
- Extinción de conductas inadecuadas.

Técnicas expresivas y creativas

- Arteterapia.
- Musicoterapia.
- Expresión corporal.
- Las actividades creativas son útiles para: Expresión emocional, Motivación, Reducción de ansiedad.

Técnicas de Intervención comunitaria

- Salidas terapéuticas supervisadas.
- Práctica en entornos reales.
- Entrenamiento en habilidades comunitarias y autonomía fuera del centro.

20.11. ÁMBITOS DE ACTUACIÓN ASISTENCIAL

Dispositivos sanitarios

- Unidades de hospitalización psiquiátrica: Intervención en fases agudas.
- Hospitales de día: Tratamiento intensivo sin ingreso.
- Centros de salud mental: Seguimiento ambulatorio.

Recursos de rehabilitación psicosocial

- Centros de rehabilitación psicosocial (CRPS).
- Centros de Día.
- Talleres ocupacionales (enfocados en la recuperación funcional y la inserción social).

Recursos comunitarios

- Viviendas supervisadas.
- Pisos tutelados.
- Centros sociales.
- Programas de apoyo comunitario (con el objetivo de mantener al paciente en su entorno natural).

Ámbito laboral

- Centros especiales de empleo.
- Programas de inserción laboral.
- Empresas ordinarias con apoyo.

Ámbito domiciliario

- Intervención en el hogar:
 - +Intervención en el entorno real del paciente.
 - +Generalización de aprendizajes.
 - +Apoyo a familias.
- Seguimiento comunitario intensivo.

20.12. MODELO DE INTERVENCIÓN DESDE TO EN TMG

Enfoques clave

- Modelo de recuperación:
 - +Centrado en la persona, no en la enfermedad.
 - +Importancia del proyecto vital del paciente.
 - +Promoción de la autonomía y la esperanza.
- Atención centrada en la persona:
 - +Intervención individualizada.
 - +Respeto a preferencias y valores.
 - +Participación activa del usuario.
- Enfoque comunitario:
 - +Integración en el entorno social.
 - +Uso de recursos normalizados.
 - +Reducción del estigma.
- Trabajo interdisciplinar (coordinación con: Psiquiatras, Psicólogos, Enfermeros, Trabajadores sociales,...).

Principios

- Individualización.
- Continuidad asistencial.
- Trabajo en red.
- Participación activa del usuario.

Resultados esperados

- Incremento de la autonomía personal.
- Mejora del funcionamiento cognoscitivo.
- Desarrollo de habilidades sociales.
- Mayor participación en la comunidad.
- Inserción laboral (cuando es posible).
- Disminución de recaídas y hospitalizaciones.
- Mejora de la calidad de vida.

Idea clave final

En el TMG, la terapia ocupacional no busca sólo “que el paciente esté mejor”, sino que pueda vivir de forma significativa, autónoma e integrado en la sociedad.