**SEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA**.

Con el fin de no detener el proceso docente en nuestra Facultad y que todos y cada uno de ustedes se mantengan en sus hogares junto a su familia, para poder contrarrestar que se siga difundiendo en nuestro país el virus (COVID 19) que hoy nos ocupa a todos, les brindamos una guía de estudio de nuestra asignatura.

Para un mejor entendimiento del material que ofrecemos a continuación, les recomendamos en primer lugar estudiar primero el tema y después realizar las preguntas de control que les damos posteriormente.

A pesar de que te entregamos los temas ya desarrollados, te damos la literatura donde usted podrá profundizar aun más en los temas a desarrollar.

**BÁSICA:**

* Aldama Suárez Rubén. Material de apoyo de la asignatura

**COMPLEMENTARIA**

* DSM IV.
* Colectivo de autores. Psiquiatría en Enfermería.
* Colectivo de autores. Psiquiatría en Enfermería y Salud Mental
* Colectivo de autores. Enfoque para un debate.

***Tema III***

**SINDROMOLOGÍA PSIQUIÁTRICA.**

 **El objetivo que perseguimos con este tema es identificar síndromes psiquiátricos en una situación dada.**

***Síndromes Cerebrales Orgánicos Crónicos.***

Los Síndromes Cerebrales Orgánicos Crónicos se caracterizan por su estado **irreversible**, los síntomas fundamentales van estar dados por trastornos intelectuales y del carácter. Estos se pueden subdividir en tres subsíndromes: el amnésico, el demencial y el oligofrénico.

**Subsíndrome Amnésico:**

Este Subsíndrome se caracteriza fundamentalmente por alteraciones en la memoria del paciente, conservándose claridad en la sensopercepción y la claridad relativa del juicio.

El trastorno de la memoria es progresivo, primero se afecta la memoria de fijación y paulatinamente se afecta la memoria de evocación, va perdiendo los recuerdos del pasado e irremediablemente llega a la desorientación amnésica.

Puede aparecer concomitante con el trastorno de la memoria, la confabulación que está caracterizada por el relleno automático de contenidos imaginativos en el déficit de la memoria existente. Se ve en los Alcohólicos, Dementes, en el Tumor Cerebral y en otros trastornos que afectan el funcionamiento cerebral.

**Subsíndrome Demencial.**

Este Subsíndrome se caracteriza por la pérdida progresiva y global de las funciones o capacidades intelectuales superiores, acompañado de una respuesta afectiva y una conducta que aunque patológica, responde al trastorno primario de la esfera cognoscitiva.

La pérdida global de la inteligencia es de carácter tardío, después de haber completado el Sistema Nervioso Central su desarrollo y de llegar a adquirir el individuo un nivel de desarrollo y de conocimientos acorde con su edad y capacidad intelectual. Se distingue también por ser progresivo una vez que comienza, a diferencia de lo que ocurre con la Oligofrenia donde se considera que el déficit mental es congénito o adquirido tempranamente y no es progresivo sino estable.

Una de las primeras cosas que se afecta en el paciente es la memoria de fijación y luego la memoria de evocación. El paciente trata de suplir esta pérdida con medidas de control como anotar las cosas

Luego se afecta la atención activa que es la que requiere esfuerzos, por lo que el paciente se muestra distractil, perdiendo la capacidad de concentrarse, más tarde se afecta la atención pasiva. Posteriormente se afecta la orientación, primero se desorienta en tiempo, luego en espacio y por ultimo ya en los estadios finales de la demencia se desorienta en persona.

En la esfera Cognoscitiva hay afectación en el pensamiento, sobretodo en el pensamiento abstracto hay dificultad para la abstracción y generalización del pensamiento. Hay dificultad para aplicar los conocimientos adquiridos previamente, poco a poco se va empobreciendo hasta perder su capacidad de juicio.

No son infrecuentes las ideas de que le roban sus pertenencias, que le cambian las cosas de lugar o que le esconden las cosas por lo que culpan con frecuencia a sus familiares.

En la esfera afectiva se distingue por irritabilidad, la labilidad afectiva, la incontinencia afectiva, es frecuente la indiferencia afectiva y la moria (excesiva jovialidad tendencia a bromear), pueden aparecer sentimientos de atesoramiento (recoger y guardar cosas inservibles). Puede tener episodios de llanto y síntomas depresivos importantes.

En la esfera de la conducta está muy afectada y se caracteriza por la pérdida progresiva de las actividades, primero las labores más complejas, luego las más sencillas, hay degradación moral, salen desnudos hacia la calle, dicen piropos ofensivos a las mujeres, puede haber Hipererotismo, palpación de genitales y hasta masturbación. Descuidan con frecuencia los hábitos higiénicos, se defecan en su ropa o lugares inadecuados, juegan con las heces y puede verse la coprofagia.

Invierten con frecuencia el patrón del sueño, confunden el día con la noche, puede dejar de dormir días enteros, perturbando el sueño y la estabilidad emocional de las personas que conviven con él.

Hay gran peligro de accidentes ya que el paciente deja la cocina encendida, las llaves del gas abiertas, la puerta de la calle sin cerrar etc.

Siempre es expresión de una lesión amplia del tejido cerebral con marcada destrucción de las neuronas, en especial las neuronas corticales. Este síndrome sin lugar a dudas conlleva a la demencia senil.

**Subsíndrome Oligofrénico:**

Este Subsíndrome se caracteriza por la disminución innata o temprana de las capacidades intelectuales, esta alteración se produce antes de haber completado el Sistema Nervioso Central su desarrollo y no llega a alcanzar el máximo de funcionamiento en cuanto a funciones psíquicas. Hay que diferenciarlo de la Pseudo Oligofrenia en la cual el paciente no logra un desarrollo de sus capacidades intelectuales por un déficit social – cultural, es decir por un abandono socio cultural.

Se caracteriza además por una incapacidad o imposibilidad de adquirir conocimientos al nivel cultural medio para la edad del paciente en unas condiciones en que habitualmente estas puedan ser adquiridas. Estos pacientes tienen un nivel de conocimiento limitado y escaso. El grado de afectación del lenguaje es directamente proporcional al grado de afectación, es decir mientras menor sea el grado de afectación cerebral, mejor desarrollo del lenguaje va a mostrar.

El control de las emociones y la conducta también estará afectado, es frecuente el pobre control de los impulsos y labilidad afectiva, mas la pobre tolerancia a la frustración, es frecuente que la causa de la lesión cerebral sea un insulto Pre, Peri o Pots. Natal, teniendo especial relevancia la hipoxia, la cianosis, el trauma obstétrico, la sepsis neonatal y el sufrimiento fetal agudo general.

Existen múltiples clasificaciones de las Oligofrenias o Retraso Mental en este caso las clasificaremos en Oligofrenia Ligeras, Moderadas y Severas.

**OLIGOFRENIAS LIGERAS O RETRASO MENTAL LIGERO**.

Este es el menos afectado de todos, la disminución de las capacidades intelectuales es menos marcada, este paciente puede adquirir sin dificultad los conocimientos concretos y sobre todo cuando estén en relación con tareas prácticas no muy complejas.

El pensamiento abstracto es pobre, es difícil que hagan generalizaciones o abstracciones complejas, por lo general terminan la primaria con notas promedio, teniendo especial dificultad con las ciencias en especial con las Matemáticas, es raro que lleguen al nivel secundario. Tienen buena memoria para las actividades prácticas, con dificultad para mantener la atención o concentración, son hipersensibles, inestables y pueden tener complejos, se apegan a las personas que son capaces de darle afecto y superan las barreras intelectuales, pueden llegar a tener familia y sustentarse económicamente.

**OLIGOFRENIAS MODERADAS O RETRASO MENTAL MODERADO:**

Estos pacientes rara vez terminan la primaria necesitan educación especial para adquirir conocimientos elementales, desarrollan un lenguaje pobre, rudimentario, no pueden desarrollar pensamientos abstractos, ni abstracciones, pueden llegar a realizar generalizaciones, pero elementales, aprenden con dificultad los hábitos elementales de higiene, alimentación y de conducta, tras largos períodos de entrenamiento. No es raro que tengan anomalías cognitivas de órganos internos o estructuras externas del cuerpo.

Pueden trabajar en labores agrícolas o artesanales simples, pero necesitan supervisión constante. Es raro que puedan tener familia y sustentarla económicamente.

**OLIGOFRENIAS SEVERAS O RETRASO MENTAL SEVERO:**

En este grupo se incluyen a los pacientes que tienen un mayor déficit intelectual, no logran aprender prácticamente nada, no hay desarrollo del lenguaje, hay un desarrollo motor muy rudimentario, por lo general requieren de un cuidador constante o ser institucionalizado en hogares, tienen con frecuencias anomalías congénitas de órganos internos (renales, cardiovasculares, osteomusculares) o de estructuras externas como pabellón auricular, polidactília etc.

Como hemos mencionado anteriormente este subsíndrome es la base de la entidad que se conoce como Retraso Mental.

***SÍNDROMES AFECTIVOS.***

Estos Síndromes se distinguen por presentar alteraciones fundamentalmente cuantitativa del fenómeno psicológico y no cualitativa, pero de tal magnitud que afecta considerablemente el funcionamiento social, laboral o escolar del paciente y produciendo un intenso malestar subjetivo, aquí las alteraciones principales están en la Función Afectiva y en la Función Conativa, no sufriendo alteraciones considerables la Función Cognoscitiva, como tampoco hay con frecuencia alteraciones del contenido del pensamiento.

**Subsíndromes que integram.**

**Subsíndrome Ansioso.**

Este se caracteriza por la presencia de una ansiedad como síntoma central, la misma se manifiesta de forma objetiva y subjetiva. La subjetividad es expresada por el propio paciente y la define como un miedo, nerviosismo de estar a la espera de algo malo o desagradable es un temor a todo y a nada en particular muy desagradable para el que la experimenta porque produce inquietud interna, desasosiego, inseguridad y malestar; puede ser para el individuo sencillamente insoportable.

A todo lo anterior se le suma, el tener conciencia de todos los cambios somáticos que está teniendo el organismo debido a la descarga de adrenalina, a lo que denominamos el factor objetivo (sudoración, taquicardias, micciones frecuentes, desarreglos menstruales en el caso de la mujer etc.) esta puede ser aquella que es constatada por el propio paciente o el examinador en sus diferentes órganos y aparatos.

Síntomas en los diferentes Sistemas o Aparatos.

* Sistema Respiratorio: Disnea, Polipnea, Sensación de Ahogo, Suspiros.
* Sistema Cardiovascular: Palpitaciones, Taquicardia, Dolor Precordial, Opresión en el Pecho.
* Sistema Digestivo: Anorexia, Bulimia, Nauseas, Vómitos, Saltos Epigástricos, Diarreas, Cólicos Intestinales.
* Sistema Urinario: Poliuria, Micciones Imperiosas, Incontinencias Urinarias.
* Sistema Tegumentario (Piel): Sudoración Copiosa, Frialdad, Erizamiento, Prurito, Hiperestesia Cutánea.
* Síntomas Generales: Cefaleas, Insomnio, Crisis Vertiginosa.

Este subsíndrome puede ser el debut de un Trastorno de Ansiedad.

**Subsíndrome Depresivo.**

Este Subsíndrome se caracteriza por la presencia de la Hipertimia displacentera (tristeza). Su principal síntoma es un humor depresivo con la pérdida del interés o de placer a casi todas las actividades, hay variación importante del apetito, lo más frecuente es la anorexia, pero en algunos pacientes puede haber bulimia, es frecuente el cambio de patrón del sueño (insomnio) aunque hay algunos casos en que aparece el hipersomnio. En la actividad psicomotora puede haber agitación o inhibición psicomotora, existe Hipobulia o abulia, la autoestima es baja, encontramos pérdida de los hábitos higiénicos.

En dependencia de la gravedad de la depresión (Nivel Psicótico) puede existir ideas suicidas, incluso puede llegar en algunos casos a la ideas delirantes, pudiendo tener alucinaciones e ilusiones que acompañan el cortejo de las ideas delirantes.

En este Subsíndrome se van a distinguir dos niveles de evolución, el nivel Neurótico y el nivel Psicótico. En el primero aparecerá todo el cortejo de signos y síntomas descrito anteriormente menos las ideas delirantes y las alucinaciones, en el segundo siempre aparecerán las ideas delirantes y las alucinaciones que son las que en definitiva dan el crédito de psicótico a la evolución de este Subsíndrome.

El Subsíndrome Depresivo suele acompañarse de ansiedad en un mayor o menor grado, este puede ser el debut de un Trastorno Bipolar en su fase Depresiva o un Trastorno Depresivo Mayor.

**Subsíndrome Maníaco.**

Este subsíndrome está caracterizado por una triada sintomática que son la Hipertimia, excitación psíquica y excitación motora.

El paciente se manifiesta con una sensación subjetiva de bienestar, alegría, gusta de vestir con ropas llamativas de colores vivos, con modelos sexualmente llamativos o dejando parte de su cuerpo al descubierto, las mujeres suelen maquillarse en exceso y gustan de colores de pelos y uñas muy extravagantes y suelen usar muchos atuendos en el vestir y en el cuerpo.

Es frecuente que bailen, canten, hagan chistes, bromas, usen jaranas, se ríen a carcajadas, sienten gran placer al realizar las cosas, mucho más que cuando están normales, dan muestra viva y exagerada de sus sentimientos y afecto. Se sienten muy seguros, poderosos y suficientes, con frecuencia desarrollan ideas delirantes de grandiosidad, pudiendo llegar a sufrir de alucinaciones auditivas.

Resulta en realidad ser un paciente muy carismático y porque no, muy agradable y hasta divertido, el cambio en el patrón del sueño es una constante en ellos hay una marcada disminución de la necesidad de dormir, con solo descansar dos o tres horas para ellos es suficiente. El apetito al inicio es poco pues no se preocupan por alimentarse, pero luego este se modifica llegando a una buena alimentación

La excitación psíquica se hace evidente sobretodo en el lenguaje, que es verborreico, difícil de interrumpir, hace muchas asociaciones en el pensamiento, tiene muchas ideas, habla en exceso y sin parar pudiendo llegar a la fuga de ideas e incluso a la incoherencia maniaca, es común que se muestren con Hipererotismo marcado.

La excitación maniaca se presenta con gran número de movimientos que realiza pero siempre coherentes, conscientes, se mueven constantemente, cambian de una tarea a otra con rapidez sin agotarse o fatigarse, hay una verdadera Hiperkinesia, hay un aumento de las necesidades intencionadas (sexuales, religiosas, políticas, laborales) asumen negocios sin pensar en los riesgos, hay un aumento de la sociabilidad, visitas, llamadas a amigos por teléfono,

Como regla general no se puede contradecir un paciente maníaco porque se tornan irritables, es mejor no contradecirlos y manejarlos con mucho tacto.

Este subsíndrome puede ser la antesala de los trastornos Bipolares.

***SÍNDROMES ASTÉNICOS O NEURASTÉNICOS.***

Este Síndrome se distingue por dos síntomas cardinales que son el fácil y rápido agotamiento o cansancio físico y mental y la irritabilidad o labilidad afectiva.

Estos pacientes se quejan de lo rápido que se cansan con las tareas físicas y mentales; esto es experimentado subjetivamente por el paciente, al darse cuenta de su bajo rendimiento, en las tareas que antes realizaba sin dificultad alguna, es consciente de su baja productividad y que su rendimiento no es como el de antes, esto puede ser corroborado al hablar con su familia o con sus compañeros de trabajo.

La irritabilidad o labilidad afectiva se manifiestan con ataques transitorios de ira, de explosividad, donde tiene respuestas desproporcionada y exageradas de agresividad, sobre todo verbal, no puede contenerse afectivamente.

Estas reacciones pasan por lo general muy rápidamente y van seguidas de un gran abatimiento del paciente.

En este cuadro clínico aparecerán otros síntomas como son la Distractibilidad marcada, dificultad para fijar la memoria, tienen frecuentes olvidos de cosas cotidianas e incluso de cosas importantes.

El paciente como tiene plena crítica de sus síntomas, se da cuenta de sus fallos, de su bajo rendimiento y hace un gran esfuerzo por vencer el cansancio, lucha contra este pero al final es en vano, pues llega a tener verdaderamente un ciclo vicioso, que le produce aun más agotamiento.

Hay trastornos del patrón del sueño, lo más común es el insomnio o la inversión del patrón del sueño, la cefalea es casi constante, hay una anorexia pertinaz, alteración de la esfera sexual, tales como disminución de la libido, impotencia, eyaculación precoz, anorgasmia, eyaculación involuntaria nocturna.

Este síndrome puede ser expresión de cualquier afección como por Ej. Tuberculosis Pulmonar, Intoxicación por Plomo o presentarse en el período convaleciente de algunas enfermedades como la Hepatitis, desde el punto de vista psiquiátrico puede conducir al Trastorno de Ansiedad Neurasténico.

***SÍNDROMES HIPOCONDRIACOS.***

Este Síndrome se distingue por la presencia de un gran número de quejas del paciente, relacionadas con diferentes partes del cuerpo, estas pueden ser escalonadas o simultáneas.

Las quejas pueden ser vagas, imprecisas, o por el contrario ser minuciosas y detalladas, lo lógico es que este paciente recorra gran número de especialistas, en busca de una explicación a sus síntomas o lo más común aun, en busca de la explicación que le convenza que no tiene ninguna afección orgánica o medica.

Es característico, que estos pacientes, estén poco tiempo sin síntomas, pues constantemente se están sintiendo algo por lo que demandando asistencia especializada para sus síntomas, lo más frecuente es que el esclarecimiento, de que no tienen ninguna afección médica sea solo transitorio, pues con frecuencia aparecen nuevos síntomas o hay modificaciones de los que ya tenía. Estos pacientes de una forma u otra buscan atraer la atención hacia sus síntomas, estén demandantes de afecto y comprensión, el componente subjetivo es constante, por lo que es común que exageren cualquier molestia al grado extremo.

Lo antes referido, es lo más reconocido en la literatura, pero hay que destacar que no solamente tiene que referir síntomas, puede referir o creer que tiene una enfermedad médica especifica, como el cáncer digestivo, la Hepatitis, el SIDA o cualquier otra enfermedad.

Existen dos niveles de funcionamiento del síndrome bien definidos: Uno Neurótico donde es totalmente reductible por la claridad las ideas del paciente o lo referido por este (propio de los Trastornos Somatomorfo) y otro Psicótico en el cual las quejas tienen ya un carácter delirante, son verdaderos Delirios Hipocondríacos, muy absurdos, irreductibles por la lógica que mueven la conducta del enfermo. Típico de la Depresión con Ideas Delirantes de tipo hipocondríacas (Depresión Psicótica)

***SÍNDROMES DISKINÉTICOS.***

Este Síndrome traduce un trastorno en la Fase de la Conducta Propiamente Dicha y en particular de la actividad motora voluntaria del paciente. Se distinguen dos variantes clínicas: El Síndrome Estuporoso o Akinético y el Síndrome Hiperkinético.

**Subsíndrome Estuporoso**

Se caracteriza por la disminución o la ausencia total de actividad motora voluntaria, este Subsíndrome es muy variable desde el punto de vista clínico, pues puede ir desde la simple disminución de los movimientos, hasta la inmovilidad absoluta en una determinada posición, es común que se acompañe de mutismo y por lo general este antecede, la inmovilidad.

Existen varias formas de estupor donde podemos encontrar: Estupor Depresivo, el histérico, el Orgánico y el catatónico; en este caso solo nos referiremos al Estupor Catatónico por considerarlo el de más interés para su perfil ocupacional

* **Estupor Catatónico**: Es la disminución o la ausencia total de actividad motora y verbal sin que haya alteración de la conciencia, en un paciente Esquizofrénico Catatónico, con un estado de ánimo placentero. Este cuadro de estupor, se instala de forma brusca, sin alteración de conciencia, pero con una intensa actividad alucinatoria, que por lo general es terrorífica o muy desagradable y lleva al paciente a la total inmovilidad, al salir de este cuadro el paciente puede recordar y referir las alucinaciones. En estos casos se hace necesario, extremar las medidas de cuidado con el paciente, porque pueden aparecer complicaciones que ponen en peligro la vida del mismo, no es raro encontrar orina por rebosamiento, globo de la vejiga, ruptura de la vejiga por estallamiento, salivación por la comisura labial por no deglutir la saliva de la boca, etc.

Están presentes, además, síntomas de la serie Catatónica; tales como la Flexibilidad Cérea, el Negativismo y la Catalepsia:

 **Subsíndrome Hiperkinético.**

Se caracteriza por un aumento de la actividad motora voluntaria, es decir, de la actividad cuya realización ha tenido una imagen verbal previa, por ende el paciente sabe lo que hace y porque lo hace, aunque algunas veces la causa de su actividad está relacionada con percepciones anormales o interpretaciones erróneas, la causa determinante de la hiperactividad, hace que esta a veces no llegue a los fines propuestos, pudiendo parecer inconsciente o involuntaria, pero siempre es voluntaria. Dentro de este subsíndrome existen varia formas de agitación como son la Agitación Maniaca, la Agitación Histérica, la Agitación, la Agitación Epiléptica y la Agitación Catatónica; en este caso solo nos referiremos a la Agitación Catatónico por considerarlo el de más interés para su perfil ocupacional

* **Agitación Catatónica**: Este es un cuadro de tipo Hiperkinético que tiene un comienzo rápido, llegando al máximo de expresión en pocas horas, que aparece en un paciente Esquizofrénico Catatónico, el mismo se caracteriza por un aumento de la actividad motora voluntaria, lo que se traduce en movimientos excesivos, rápidos, bruscos, no coordinados, sin un fin predeterminado, además, existe una gran hiperactividad o excitación verbal disgregada, un ánimo inestable (lo mismo ríe, que llora, que grita).El paciente está consciente de lo que realiza y lo puede referir, pero no puede medir el alcance o las consecuencias de su conducta, los actos que realiza son incoherentes, en ocasiones los repite de forma estereotipada. No hay amnesia, el paciente recuerda lo sucedido, cuando pasa el trastorno refiere un cuadro alucinatorio intenso.

 Se acompaña de síntomas de la serie Catatónica como: Ecopraxia, se ve en Retrasados Mentales, en la Demencia, en la Agitación Catatónica. La Obediencia automática (es lo contrario al negativismo, aquí el paciente ejecuta automáticamente todos los actos que se le ordenan, sin someterlo a una crítica)

La Ecolalia, propio de los cuadros Catatónico de la Esquizofrenia Catatónica.

***SÍNDROMES DELIRANTES.***

Este síndrome se caracteriza por la presencia de un síntoma psicótico por excelencia, un síntoma del Contenido del Pensamiento la **Idea Delirante**, la cual le da nombre al Síndrome. Existen múltiples formas de hacer referencia a este síndrome, pero por su valor didáctico preferimos hacerlo según las características de la propia Idea Delirante y en particular según el Trastorno o la enfermedad mental donde se evidencia:

* **Delirio Paranoico**: Está constituido por **un solo delirio**, único, solitario, bien organizado, muy estable, no cambia, muy bien sistematizado, tan bien sistematizado que resulta creíble, razonable para el examinador, tal es así que se ha denominado Locura Razonable, por lo comprensivo que resulta, existe buena conservación de la personalidad, excepto por la Idea Delirante sería una persona completamente normal. Es bastante raro, poco común, se describe, que en la vida profesional de un Psiquiatra, este puede ver uno o quizás dos pacientes con este Delirio. No se acompaña de trastornos perceptuales (alucinaciones). No es un delirio tan absurdo como el de la Esquizofrenia Paranoide, este Delirio, se considera en cuanto a su Origen como Primario, es decir, que se origina sin un fundamento sensoperceptual, se origina a partir de la Vivencia Delirante Primaria y se desarrolla sobre la base de una personalidad Sensitivo Paranoide. Siempre conduce hacia la Paranoia.
* **Delirio Paranoide**: Se denomina así porque es similar al paranoico, esta es la Idea Delirante más estudiada y conocida, sus características generales, son válidas para el resto de las formas clínicas de la Esquizofrenia, es importante decir que primero aparecen la Ideas Delirantes y luego aparecen las Alucinaciones, que vienen a reforzar la primera, decimos Ideas Delirantes en plural porque existen varios delirios, delirios cambiantes, muy mal sistematizados, disgregados, en realidad son varios delirios, mal conectados entre sí, aquí sí hay deterioro marcado de la personalidad.

Este Delirio se considera en cuanto a su Origen Primario, es decir, que se origina, sin un fundamento sensoperceptual, a partir de la Vivencia Delirante Primaria. Se considera en cuanto a su estructuración de tipo Interpretativo. Con relación al Contenido, es raro que sea agradable o placentero, por lo general es persecutorio, de referencia, de influencia, de daño o perjuicio, etc. Típico de la Esquizofrenia Paranoide.

* **Delirio de Automatismo Psíquico o Kandiski – Clerambaut**: Este Síndrome lo conforma una triada sintomática compuesta por **Pseudoalucinaciones Auditivas**, **Despersonalización** y **Delirio de Influencia**. Este síndrome es propio de la Esquizofrenia.

**Preguntas de control del tema.**

**Paciente RPD e 47 años de edad con antecedentes de ingestión excesiva de alcohol, que es llevado por su hija a consulta, la cual nos refiere que ha observado que dicho paciente ha ido perdiendo su memoria, que esto ocurre aun cuando no está bajo la influencia del alcohol, que en ocasiones tiene recuerdos herrados de hechos sucedidos en la vida de ambos.**

* **Del protocolo anterior identifique el síndrome y el subsíndrome que se pone de manifiesto.**
* **Mencione el nivel psicopatológico en que se desarrolla el mismo.**

**Paciente BCS de 27 años de edad que acude a la consulta de psiquiatría refiriendo que se siente triste con llanto frecuente, con pocos deseos de realizar las actividades que antes la motivaban, así como que ha perdido su apetito y el sueño, también nos informa que en ocasiones le viene a su mente el recuerdo del accidente que tuvo hace tres años, a la entrevista la observamos con un lenguaje muy lento y sudoración de manos y pies**

* **Del protocolo anterior identifique el síndrome y el subsíndrome que se pone de manifiesto.**
* **Mencione el nivel psicopatológico en que se desarrolla el mismo.**

**Relacione los síndromes psiquiátricos que aparecen en la columna A con las características definitorias que aparecen en la columna B**

|  |  |
| --- | --- |
| **A** | **B** |
| **1. Subsíndrome Ansioso** | **\_\_ En él se presenta una triada sintomática Hipertimia, excitación psíquica y excitación motora** |
| **2. Síndrome Neurasténico** | **\_\_Hay una gran número de quejas del paciente relacionadas con su cuerpo** |
| **3. Subsíndrome Maniaco** | **\_\_ Dentro de sus subsíndromes se evidencia el oligofrénico** |
| **4. Síndrome Hipocondríaco** | **\_\_ El paciente se queja de cansancio físico y mental** |
| **5. Subsíndrome Depresivo** | **\_\_ La Hipertimia displacentera acompaña el cuadro sintomático** |
|  | **\_\_ La ansiedad es la alteración cardinal en este subsíndrome** |

* **Los subsíndromes estuporoso se caracterizan por presentar Flexibilidad Cérea, el Negativismo y la Catalepsia. Explique los cuidados usted debe tener con este paciente, después de terminados los ejercicios asistidos en este paciente**
* **Dentro de los síndrome delirantes encontramos el subsíndrome de automatismo psíquico, marque con una cruz la agrupación correcta atendiendo a la triada sintomática de este subsíndrome**
1. **Pseudoalucinación Auditiva \_\_ (a,c,d)**
2. **Idea delirante de referencia \_\_ (a,b,d)**
3. **Idea delirante de Influencia \_\_ (b,c,d)**
4. **Despersonalización**

***Tema IV Entidades Nosológicas Psiquiátricas de mayor repercusión social.***

***TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD***

**El objetivo que perseguimos con este tema es identificar cuadros clínicos psiquiátricos en una situación dada.**

***Definición Trastornos de la Personalidad:***

La OMS define los trastornos de la personalidad como “patrones de conducta inadaptada, profundamente arraigados que casi siempre se reconocen en la etapa de la adolescencia y continúan durante la mayor parte de la vida adulta, aunque frecuentemente se hace menos obvio en la edad media o en la vejez. La personalidad es anormal, ya sea en el equilibrio de sus componentes, su calidad o expresión o en el aspecto total.

A causa de esta desviación el paciente sufre o hace sufrir a otros y hay un afecto adverso sobre el individuo o la sociedad.

***Etiología.***

Las investigaciones actuales sugieren que la dimensión subyacente de la personalidad es la que está genéticamente determinada y que son los factores ambientales y educativos los que propician la aparición de los trastornos.

Entre los factores de riesgo psicológicos, se encuentran los anormales aprendizajes sociales, en los que no se proporcionan pautas adecuadas de relación con la sociedad. Entre los factores de riesgo social destacamos los problemas de integración social, la pobreza, la excesiva movilidad social y las rupturas familiares traumáticas.

La perspectiva teórica actual considera que estos trastornos se producen de forma multicausal, siendo poco probable que se encuentre una causa aislada que explique la etiología de los trastornos d la personalidad. Esta teoría sostiene que hay una predisposición genética, que solo afecta a la base de la personalidad. A esta predisposición han de sumarse factores ambientales, familiares, sociales y alteraciones en el aprendizaje que desembocaran en el trastorno de la personalidad.

***Clasificación***

* Trastorno antisocial o disocial de la personalidad.
* Trastorno obsesivo o Anancástico de la personalidad.
* Trastorno ansioso o por evitación de la personalidad.
* Trastorno histriónico o histérico de la personalidad.
* Trastorno por dependencia de la personalidad.
* Trastorno impulsivo o límite de la personalidad.
* Trastorno esquizoide de la personalidad.
* Trastorno paranoide de la personalidad.
* Trastorno cicloide de la personalidad.
* Trastorno narcisista de la personalidad.
* Trastorno pasivo agresivo de la personalidad.

***Formas Clínicas***

En realidad las diferentes formas clínicas de los trastornos de la personalidad pueden presentar.

* Conductas carentes de armonía que afectan por lo general la afectividad, el control de los impulsos y la forma de relacionarse con los demás.
* Son comportamientos duraderos, desadaptados.
* Pueden aparecer en la infancia, adolescencia y persistir en la madurez.
* Causan malestar en ocasiones.
* Puede tener deterioro de su desempeño en las diferentes esferas de la vida.
* Se requiere la presencia de al menos tres rasgos o forma de comportamiento anteriormente citada.

***Trastorno Histriónico de la Personalidad (Histérico)***

Se caracterizan por:

* Teatrales, con exagerada expresión de las emociones.
* Necesidad de aprecio de los demás y ser el centro de la atención.
* Seductores con preocupaciones excesivas por el aspecto físico.
* Egocentrismo, manipuladores.
* Tendencia a ser dependientes, egoístas y vanidosos.
* Intolerancia a las frustraciones.
* Indiscretos, inmaduros en su vida de relación.
* Respuesta exagerada a los estímulos.

***Trastorno Esquizoide de la Personalidad.***

* Callados, introvertidos, reservados y retraídos en sus relaciones sociales, por ello generalmente solitarios.
* Fríos emocionalmente, o con embotamiento afectivo, siendo incapaces de expresar sentimientos de empatía y/o rechazo hacia los demás.
* Incapaces de sentir placer (anhedonia)
* Respuesta pobre a los elogiaos y a las críticas.
* Poco interesados por las relaciones sexuales.
* Dificultad para expresar normalmente sus sentimientos.
* Dificultad para establecer con otras personas intimidad, confianza.
* Dificultad para reconocer y cumplir las normas sociales.

***Trastorno Paranoide de la Personalidad.***

* Sensibilidad excesiva ante las contradicciones y adversidades.
* Recelosos, desconfiados.
* Incapacidad para perdonar situaciones desagradables, agresivos, con predisposición al rencor persistente.
* Suspicaz, distorsionan lo que les sucédela interpretar sus relaciones con los demás como hostiles o amenazantes.
* Tendencia a la auto referencia que interfiere la capacidad para establecer relaciones sociales y/o interpersonales de forma satisfactoria.
* Son tenaces, persistente en la defensa de sus derechos independientemente de que al tratar de imponer éstos se aparten de la realidad.
* Pueden presentar celos patológicos.
* Pueden sentirse excesivamente importantes.

***Trastorno Disocial o Antisocial de la Personalidad.***

* Despreocupación, falta de empatía, crueldad hacia los demás.
* Irresponsables, despreocupado por normas y roles sociales.
* No mantienen relaciones personales duraderas.
* Incapaces de ser leales a los demás o valores sociales.
* Baja tolerancia a la frustración, pueden ser agresivos, violentos, egoístas e insensibles.
* No sienten culpas, ni aprenden de las experiencias o el castigo.
* Culpan con frecuencia a los demás de sus conductas conflictivas.
* Irritables con frecuencia.

***Trastorno Cicloide de la Personalidad.***

* Predominio de marcado estado afectivo, que puede ser persistentemente depresivo, exaltado y/o eufórico alterante.
* Cuando se encuentra en euforia se observa optimismo mantenido e intensificación en las actividades y el gusto por la vida.
* Los períodos de depresión están marcados por la preocupación, el pesimismo, la falta de energía y los sentimientos inútiles.

***Trastornos Obsesivos o Anancástico de la Personalidad.***

* Exagerada preocupación por el orden.
* Perfeccionismo y control de las relaciones interpersonales.
* Rigidez emocional y atención a los detalles.
* Se imponen grandes objetivos que no son necesariamente de gran importancia que al no alcanzarlos le provoca gran angustia.
* Son inflexibles en sus criterios conductuales y morales.
* Excluyen de su vida las actividades recreativas o de amistad.
* Son personas con las que resulta difícil convivir o trabajar debido a su rigidez.

***Trastorno Ansioso o por Evitación de la Personalidad.***

* Persistente hipersensibilidad a la valoración negativa.
* Timidez, inhibición social.
* Sentimientos de inadecuación y miedo al rechazo.
* Se exageran los riesgos y también la evitación de muchas de las circunstancias diarias.
* Autovaloración de ineptos, con poco atractivo personal e inferior a los demás, lo que hace que se establezcan barreras en su relaciones con los demás.

***Trastorno por Dependencia de la Personalidad.***

* Necesidad generalizada y excesiva de ser cuidado y atendido.
* Incapacidad para tomar decisiones y asumir responsabilidades.
* No son proclive a iniciar proyectos o realizar actividades por cuenta propia.
* Les cuesta trabajo decidir para ello necesitan de las personas que lo rodean una cantidad exagerada de consejos.
* Se sienten incapaces de actuar y cuidarse por sí mismo.
* Con frecuencia pueden presentar depresiones ante la separación de los hijos o las disputas familiares.

***Trastorno Impulsivo o Límite de la Personalidad.***

* Inestabilidad en las relaciones interpersonales, son intensas pero inestables.
* Realizan esfuerzos frenéticos por establecer relaciones personales con cualquier persona a la que tiene acceso, implicándose de modo exagerado en la relación para evitar el abandono, la que luego desecha.
* La percepción de sus sentimientos es inestable, pasando de la hipervaloración a la inutilidad.
* Presentan intensas sensaciones de vacío y soledad que intenta solucionar con la relación con los demás.
* Existe gran variedad de cambios en el estado de ánimo, incluyendo la depresión, la cólera, el aburrimiento crónico y la sensación de vacío.

***Trastorno Narcisista de la Personalidad.***

* Conducta impregnada de grandiosidad.
* Necesidad de admiración.
* Se consideran personas especiales y que solo pueden ser comprendidas por personas excepcionales.
* Se atribuyen derechos que no les corresponden.
* Son emocionalmente fríos lo que dificulta las relaciones de empatía con los demás.
* Habitualmente son explotadores, arrogantes y soberbios en sus relaciones con los demás.
* Se sienten convencido de que los demás lo envidian.

***Trastorno Pasivo-Agresivo de la Personalidad.***

* Resistencia pasiva a las exigencias de conducta adecuada y la conducta negativista, que se exterioriza por mal humor y tendencia a la discusión, a realizar críticas, frecuentemente irrazonables, con rechazo a la autoridad. Es difícil convivir con estos pacientes por ser su conducta prioritaria a la obstrucción de las tareas, la envidia irrazonable de todo aquel que pueda parecer afortunado y la no alternancia entre el desafío hostil y el arrepentimiento.

**Preguntas de control.**

* Relacione los trastornos de la personalidad que te ofrecemos en la columna A con sus características definitorias que emergen en la columna B

|  |  |
| --- | --- |
| **A** | **B** |
| 1. T.P Histriónico
 | \_\_ Sensibilidad excesiva ante las contradicciones y adversidades. |
| 1. T.P Esquizoide
 | \_\_ Predominio de marcado estado afectivo, que puede ser persistentemente depresivo, exaltado y/o eufórico alterante. |
| 1. T.P Paranoide
 | \_\_ Exagerada preocupación por el orden. |
| 1. T.P Disocial o Antisocial
 | \_\_ Teatrales con exagerada, con expresión de las emociones.  |
| 1. T.P Cicloide
 | \_\_ Persistente hipersensibilidad a la valoración negativa  |
| 1. T.P Obsesivo o Anancástico
 | \_\_ Despreocupación, falta de empatía, crueldad hacia los demás.  |
| 1. T.P Ansioso o por Evitación
 | \_\_ Callados, introvertidos, reservados y retraídos en sus relaciones sociales  |
| 1. T.P Dependencia
 | \_\_ Inestabilidad en las relaciones interpersonales, son intensas pero inestables. |
| 1. T.P Impulsivo o Límite
 | \_\_ Conducta impregnada de grandiosidad. |
| 1. T.P Narcisista
 | \_\_ Necesidad generalizada y excesiva de ser cuidado y atendido.  |

**TRASTORNOS ADAPTATIVOS**

***Definición:*** Son trastornos que se caracterizan por la presencia de síntomas ante vivencias estresantes que producen en mayor o menor grado una reacción aguda o un cambio significativo en la vida del individuo, dando lugar a malestar y dificultades en los mecanismos adaptativos habituales de las personas.

***Etiología.***

Depende de factores individuales (vulnerabilidad), así como de factores familiares y sociales que pueden condicionar determinado nivel de riesgo.

Además fallan los mecanismos de afrontamiento y se producen dificultades para el adecuado desempeño en las diferentes esferas de funcionamiento de los individuos. Es importante tener en cuenta algunos factores que condicionan mayor riesgo para presentar el trastorno, entre ellos tenemos:

* Vulnerabilidad.
* Capacidad de adaptación individual.
* Fatiga.

***Formas Clínicas.***

1. Reacción a estrés agudo.
2. Trastorno de estrés postraumático.
3. Trastorno de adaptación: Reacción depresiva leve, reacción depresiva prolongada, reacción mixta de ansiedad y depresión.
4. De nivel psicótico.

***Reacción a Estrés Agudo.***

Trastorno transitorio que aparece después de un evento vital físico o psicológico que implica amenaza o cambio en la seguridad o integridad del individuo o seres significativos, en una persona sin antecedentes de enfermedad mental aparente que generalmente evoluciona favorablemente en horas o días.

***Cuadro Clínico.***

* Variable.
* Aparecen a los **pocos minutos** de la presencia del acontecimiento.
* Embotamiento, cierto estrechamiento del campo de la conciencia u otros grados de alteración (obnubilación, estado crepuscular y de confusión)
* Ilusiones o alucinaciones relacionadas con el conflicto.
* Ideas fijas, sobrevaloradas, delirantes.
* Dificultad para captar estímulos.
* Desorientación.
* Trastornos de la memoria desde amnesia total o parcial para el episodio.
* Trastorno del estado de ánimo como depresión, ansiedad, ira, desesperación.
* Puede estar presente agitación, conductas desorganizadas o de lucha, huída, aislamiento.

***Trastornos de Estrés Postraumático.***

Trastornos que aparecen de forma tardía a un evento vital, causando malestar generalizado en la persona (catástrofes naturales, accidentes graves, la muerte, la violencia), donde rasgo de personalidad o antecedentes de enfermedad neurótica, pueden predisponer o agravar su curso.

***Cuadro Clínico***.

* Episodios que se repiten al volver a revivir el trauma (evocaciones o representaciones en la vigilia y/o el sueño)
* Entumecimiento y/o embotamiento emocional.
* Falta de respuesta adecuada al miedo, no sienten placer en lo que realizan (anhedonia)
* Evitan realizar actividades que le puedan recordar la situación traumática.
* Trastorno de la atención con hipervigilancia.
* Sobresaltos frecuentes.
* Insomnio.
* Trastornos del estado de ánimo como ansiedad (cuadro de miedo, pánico o agresividad, ante un recuerdo del evento vital) con hiperactividad vegetativa, depresión (puede tener ideación suicida)
* Comienzo **después** de algunas semanas o meses de ocurrido el evento estresante (rara vez supera los seis meses)
* Curso fluctuante, generalmente mejoran en la mayoría de los casos. En pocos pacientes pueden durar años, con un curso crónico y evolucionar a un trastorno persistente.

***Trastornos de Adaptación.***

Trastorno causante de malestar subjetivo acompañado de alteraciones emocionales, que modifican el desempeño del individuo y/o de su entorno, aparecen en el período de adaptación ante un evento vital significativo o estresante y por su causa.

***Cuadro Clínico.***

* Variado. Presentan trastornos emocionales como depresión, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todos ellas).
* Sentimiento de incapacidad para afrontar problemas y dificultades para el desempeño de sus roles cotidianos, o nuevas tareas.
* Comienza **en el mes posterior** a la presentación de la situación significativa.
* La duración de los síntomas rara vez excede los seis meses.

***Reacción Depresiva Breve.***

Estado depresivo moderado y transitorio cuya duración no excede de un mes.

***Reacción Depresiva Prolongada.***

Estado depresivo moderado que se presenta como respuesta a la exposición prolongada a una situación estresante, pero cuya duración no excede los dos años.

***Reacción Mixta de Ansiedad y Depresión.***

Tanto los síntomas de ansiedad y depresión son destacados, pero no mayores que en el grado especificado para el trastorno mixto de ansiedad y depresión u otro trastorno mixto por ansiedad.

**Preguntas de control.**

Los Trastornos Adaptativos son trastornos que se caracterizan por la presencia de síntomas ante vivencias estresantes que producen en mayor o menor grado una reacción aguda. Llene los espacios en blanco atendiendo a las formas clínicas de estos trastornos.

* La \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Son trastornos transitorios variables, aparece a los pocos minutos de la presencia del acontecimiento, existen alteraciones de los niveles de conciencia, con ilusiones y alucinaciones relacionadas con el conflicto.
* Los \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Son trastornos que aparecen de forma tardía a un evento vital, en el que se evidencia embotamiento emocional, anhedonia, falta de respuesta adecuada al miedo, evitan realizar actividades que le pueda recordar la situación traumática.
* Los trastornos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ modifican el desempeño del individuo y/o de su entorno, aparecen en el período de adaptación ante un evento vital significativo en los que se experimenta sentimiento de incapacidad para afrontar problemas y dificultades para el desempeño de sus roles cotidianos, su comienzo es en el mes posterior a la presentación de la situación significativa.

**TRASTORNOS DE ANSIEDAD.**

***Definición.***

Son un grupo de trastornos que se caracterizan por presentar síntomas psiquiátricos de diversa índole donde predomina la ansiedad, generalmente no invalidan, ni producen deterioro, pero si interfiere en el bienestar de quien la padece en las diferentes esferas de la vida (laboral, social, estudiantil, familiar, entre otras)

***Etiología.***

Se plantean diversas hipótesis y teorías que puedan causar su origen, entre ellas tenemos.

Factores biológicos: Herencia, característica pre, peri y pos natales disfuncionamiento de neurotransmisores.

Factores psicológicos: Características de la personalidad, rasgos del carácter, mecanismos de afrontamiento.

Factor social: Ambiente y/o aprendizaje sobreprotectores, dependientes, violentos, restrictivos, disfuncionales (familiares, escolares, laborales, sociales)

Todo lo anterior se activa ante eventos estresantes y desencadenan mecanismos inadecuados, por lo cual generan en el desarrollo de la conducta del individuo desequilibrio, materializados en síntomas, presentando un curso que trascurre con etapas de agudización y crisis en dependencia de los elementos antes citados.

***Factores predisponentes.***

Enfermedades orgánicas y/o infecciosas.

Toxicomanías.

Traumatismo.

Lo nuevo.

Lo desconocido.

Los cambios.

Las catástrofes.

***Clasificación:***

* Trastorno Ansiedad.
* Trastorno Obsesivo Compulsivo.
* Trastorno Ansiosofóbico.
* Trastorno Disociativo.
* Trastorno de Conversivo (Somatoforme)
* Trastorno Somatomorfo.
* Trastorno Neurasténico.
* Trastorno Distímico.

***Cuadros Clínicos.***

***Trastorno de Ansiedad.***

Se refiere a una angustia y preocupación excesiva, que se acompaña de sensaciones de aprehensión, inquietud, impaciencia, irritabilidad, vivencia de algo dañino que puede suceder, desagradable pero indeterminado.

Presenta manifestaciones de diferentes órganos y sistemas como la falta de aire (disnea) mareos, dolor precordial, palpitaciones, dolores, vómitos, necesidad de comer excesivamente (bulimia) o dejar de hacerlo (anorexia), necesidad de orinar constantemente (poliuria) tensión muscular entre otros.

Puede conducir al deterioro o modificaciones en el comportamiento habitual de la persona con respecto a su vida cotidiana.

***Trastorno Obsesivo Compulsivo.***

Personalidad obsesiva tendencia a ser minucioso, rígido, meticuloso, tenaces.

Ideas obsesivas. Ideas desagradables, no deseadas, insistentes, absurdas relaciones con situaciones de la vida real, que las personas las reconocen como suyas pero le generan gran angustia, se reconoce como ilógicas, excesivas.

Actos impulsivos: Actos (comportamiento) repetitivos, que la persona se siente obligado a realizar con el objetivo de controlar o disminuir la angustia que genera la obsesión.

***Trastorno Ansiosofóbico.***

Idea fóbica. Es una idea persistente, sistematizada y crónica de miedo o temor hacia algo, que no se justifica el temor que le produce a esa persona.

El temor excesivo es persistente por la presencia o idea sobre algún objeto o situación específico, que la persona reconoce como excesivo pero no lo puede evitar. Acompañando este de un cortejo de síntomas que se presentan asociados al temor como son angustia, llanto, entre otros.

Puede causarle deterioro o limitaciones en las actividades cotidianas por el temor que le genera la fobia en cuestión.

Puede existir una conducta de evitación o huída.

***Trastorno Disociativo.***

Es una alteración del nivel de la conciencia. La persona cae al piso, sin embargo es poco frecuente que se golpee severamente, no existirá relajación de esfínteres, ni convulsiones tónicas clónicas.

Existe un evento estresante desencadenante de la crisis.

Puede acompañarse de alteraciones de la conducta habitual, gesticulan leve o violentamente, gritan, se desnudan.

Luego no se recuerdan de la situación específica estresante o traumática que dio origen a la crisis.

Fuga disociativa: Viajes o caminatas repentinas, inesperadas, lejos del hogar o situaciones estresantes para la persona, con incapacidad para recordar, confusión de identidad personal, o se asume una nueva personalidad, puede producir alteraciones en las actividades de la vida diaria.

***Trastorno somatoforme.***

No existe daño orgánico demostrable.

Existen manifestaciones de alteraciones sensoriales (ceguera, sordera, no dolor o dolor intenso), vegetativas (vómitos, amenorrea, etc.) y motoras (parálisis).

El síntoma no es intencional, ni simulado. No existen al examen físico trastornos o enfermedad, ni consumo de sustancias.

La bella indiferencia: La persona hace referencia al problema con gran indiferencia , como si no fuera un problema que presenta, se menciona con una despreocupación y descuido que no se corresponde con la preocupación lógica que puede ocasionar un conflicto.

Generalmente se encuentra con una adecuada exploración de la historia del paciente alguna ganancia secundaria.

***Trastorno Somatomorfo.***

Preocupación, temor , miedo o convencimiento de presentar una enfermedad física a partir de una interpretación de un síntoma somático o sobrevalorar alguna característica física presente con un sentido negativo o la presencia de un dolor en un lugar que no se corresponde con ninguna enfermedad médica conocida.

Constante búsqueda o autoexploración de su cuerpo.

Hablan constantemente de enfermedades, de sus padecimientos y exponen sus molestias y pesares de una forma dramática.

Recurren con mucha frecuencia a médicos y otras instancias en la búsqueda de “un diagnóstico” para sus padecimientos.

No existe patología orgánica, ni consumo de sustancia que justifiquen sus síntomas.

Se queja de dolores, malestares, molestias imprecisas o bien delimitada con respecto a diversos o un órgano de su cuerpo.

No se encuentran en los estudios clínicos y de laboratorio resultados que justifiquen el cuadro actual.

Los temores pueden producirle a la persona cambios en su comportamiento social, familiar, laboral y en su vida cotidiana.

***Trastorno Neurasténico.***

Decaimiento, sensación constante de fatiga que se vincula a irritabilidad, mal humor (disforia), puede existir cólera.

Hiperestesia a ruidos, conversaciones, etc.

Somnolencia diurna y trastornos para conciliar el sueño de noche.

Puede existir llanto, un sentimiento desagradable de insatisfacción, con un estado de ánimo inestable.

Existe flacidez, falta de voluntad, holgazanería.

Puede expresar que puede estar enfermo de algún trastorno orgánico por cómo se siente

Pérdida de motivaciones.

***Trastorno Distímico.***

Estado de ánimo con tristeza la mayor parte del día, mantenido con el tiempo.

La depresión se puede acompañar con trastornos del apetito, del sueño, sexuales, disminución de la autoestima, ideas pesimistas, de minusvalía, de desesperanza, dificultad para concentrarse.

La depresión no se debe a un trastorno psicótico, ni al uso de sustancias.

Puede presentar desmotivación, desinterés hacia las áreas sociales, laborales, familiares.

**Preguntas de control**

Relacione los trastornos de ansiedad que te ofrecemos en la columna A con las características definitorias que emergen en la columna B

|  |  |
| --- | --- |
| A | B |
| 1 Trastorno ansiedad  | \_\_ Presencia de ideas no deseadas, acompañadas de actos repetitivos  |
| 2 Trastorno obsesivo compulsivo | \_\_ Existen manifestaciones de alteraciones sensoriales (ceguera, sordera, no dolor o dolor intenso) , vegetativas (vómitos, amenorrea, etc. |
| 3 Trastorno Ansiosofóbico  | \_\_ Preocupación, temor , miedo o convencimiento de presentar una enfermedad física a partir de una interpretación de un síntoma somático o sobrevalorar alguna característica física |
| 4 Trastorno Disociativo  | \_\_ Se refiere a una angustia y preocupación excesiva, que se acompaña de sensaciones de aprehensión, inquietud, impaciencia, irritabilidad, vivencia de algo dañino que puede suceder, desagradable pero indeterminado |
| 5 Trastorno Somatoforme  | \_\_\_ La persona cae al piso, sin embargo es poco frecuente que se golpee severamente, no existirá relajación de esfínteres, ni convulsiones tónicas clónicas |
| 6 Trastorno Somatomorfo  | \_\_ Estado de ánimo con tristeza la mayor parte del día, mantenido con el tiempo.  |
| 7 Trastorno Neurasténico  | \_\_ Decaimiento, sensación constante de fatiga que se vincula a irritabilidad y mal humor |
| 8 Trastorno Distímico  | \_\_\_ Es una idea persistente, sistematizada y crónica de miedo o temor hacia algo |

 ***ESQUIZOFRENIA.***

***Esquizofrenia. Definición***

Es un grupo de trastornos psicóticos funcionales que aparecen en edades tempranas de la vida (adolescencia y adultos jóvenes) en los que predominan la distorsión de la realidad y las alteraciones del pensamiento abstracto. Evolucionan por brotes o de forma continua hacia la cronicidad, deterioro de la personalidad del sujeto y sus capacidades intelectuales.

***Características Generales.***

Se afectan las tres funciones.

* Función cognoscitiva: Bloqueo, disgregación o incoherencia del pensamiento.
* Función afectiva disociación ideoafectiva y/o ambivalencia afectiva.
* Función conativa: Conductas inapropiadas, raras, retraimiento social o conducta autista.

***Formas de comienzo de la enfermedad.***

* Abrupta: de forma aguda.
* Insidiosa: Lenta y progresiva.
* Pseudoneurótica: Falsa neurosis
* Pseudopsicopática: Falso trastorno de la personalidad.

***Evolución.***

1. Por brotes. Presenta agudización de los síntomas de la enfermedad, cada cierto período de tiempo, después de cada brote, puede existir mayor deterioro.
2. Continua. Evolución continua, mantenida. No hay brotes de agudización, pero cada vez los síntomas interfieren con la vida del enfermo, llevándolo a un deterioro rápido de la personalidad.

***Pronostico.***

Desfavorable ya que esta entidad tiende a la cronicidad, interfiriendo en el desarrollo de la personalidad del paciente.

***Formas Clínicas.***

* Esquizofrenia Simple.
* Esquizofrenia Hebefrénica.
* Esquizofrenia Catatónica.
* Esquizofrenia Paranoide.
* Esquizofrenia Indiferenciada.
* Esquizofrenia Residual.
* Esquizofrenia Infantil.

***Cuadros Clínicos.***

***Esquizofrenia Simple.***

* Debut temprano.
* Apatía, abandono a sus hábitos, desinterés.
* Deterioro rápido de la personalidad.
* Tendencia al vagabundeo o la prostitución lo cual facilita que los elementos antisociales los utilicen para cometer actos delictivos para su beneficio propio.
* No presentan alucinaciones ni delirios.

***Esquizofrenia Hebefrénica.***

* Debut temprano.
* Comienzo lento e insidioso.
* Marcado deterioro de la personalidad.
* Presencia de delirios poco estructurados de grandeza o hipocondríacos.
* Disgregación del pensamiento que puede llegar a la incoherencia.
* Neologismo en el lenguaje.
* Autismo marcado, ambivalencia, manierismo.
* Coleccionan objetos inútiles.
* Embotamiento afectivo, puerilidad, afecto insulso con risas inmotivadas.

***Esquizofrenia Catatónica.***

* Predominio de trastornos psicomotores.
	1. Estupor Catatónico: Aquinesia, mutismo, negativismo activo y pasivo, se orinan y defecan por rebosamiento, sialorrea, flexibilidad cérea, signo de la almohada aérea, indiferencia afectiva. A veces musitaciones, ecolalia, ecopraxia.
	2. Agitación: Excitación psicomotora desorganizada y violenta. Ambas formas deterioran rápidamente la personalidad del paciente.

***Esquizofrenia Paranoide.***

* Es la más frecuente.
* Debut tardío después de la adolescencia ( de 25 a 35 años)
* Menos deteriorante.
* Predominan las alteraciones del pensamiento, principalmente la del contenido con delirios paranoides (de referencia, daño y perjuicio, de persecución, influencia) y sensoperceptuales con alucinaciones auditivas y visuales por lo general, desrealización, trasformación, trastornos del esquema corporal, etc.
* Trastorno del curso del pensamiento (disgregación o incoherencia en casos muy deteriorados)
* Afectividad tomada con aplanamiento afectivo, disociación ideoafectiva o ambivalencia afectiva.

***Esquizofrenia Indiferenciada.***

* Se incluyen aquí los cuadros que cumplen los criterios diagnósticos generales, pero sin predominio de una agrupación sintomática determinada.

***Esquizofrenia Residual.***

* Aparecen síntomas negativos, que se manifiestan tras haber presentado uno o varios episodios característicos de esquizofrenia con cualquiera de las otras formas clínicas antes descritas.
* El paciente puede presentar alucinaciones o ideas delirantes pero de poca intensidad.
* Existe deterioro de las relaciones interpersonales.

***Esquizofrenia Infantil.***

* Es rara su aparición, generalmente se presenta entre los 5 y 11 años de edad.
* Presencia de alucinaciones y delirios.
* Conducta y/o habla desorganizada.
* Aislamiento social severo durante al menos un mes.
* Afectación del área escolar y académica.
* Todos estos trastornos durante al menos seis meses.
* No se alcanzan los niveles de desempeño social y académicos esperados para esta edad.

**Preguntas de control**

Paciente ARF de 32 años de edad con antecedentes de buena salud, que es llevado a la UIC, refiriendo que sus compañeros de trabajo lo quieren matar, que en las noches ve como su jefe entra a su cuarto y se ríe a carcajadas, cosa que no le permite conciliar el sueño, sus familiares nos informan que dicho paciente rehúsa bañarse y que durante el día se muestra con manos temblorosas y frías….

1. Del protocolo anterior identifique la forma clínica de la esquizofrenia.

Paciente RFD de 19 años de edad que es remitido del cuerpo de guardia a la UIC, en camilla, inmóvil, con mutismo, negativismo, se orina y defecan por rebosamiento, sialorrea, flexibilidad cérea, signo de la almohada aérea e indiferencia afectiva.

1. Del protocolo anterior identifique la forma clínica de la esquizofrenia.

Caracterice las formas clínicas de la Esquizofrenia Hebefrénica y la Simple.

**Tema V REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL**.

**El objetivo que perseguimos con este tema es fundamentar la importancia de la Terapia Ocupacional en la Rehabilitación Psicosocial.**

**Explicar los diferentes niveles de la Rehabilitación Psicosocial.**

***Definición.***

Es un proceso terapéutico encaminado a crear habilidades sociales cuando éstas no existen o son pobres, restablecerlas cuando se han perdido por alguna enfermedad física o mental o preservar las que quedan después de un proceso morboso, teniendo en cuenta los intereses, motivaciones, necesidades y capacidades reales para lograr de forma individual a través de los patrones de conducta normales y con la participación de la familia y la comunidad y bajo la supervisión y asesoría técnica del equipo terapéutico.

***Importancia de la Terapia Ocupacional en la Rehabilitación Psicosocial.***

La terapia ocupacional como hemos descrito en el segundo tema, reviste una importancia primordial en la rehabilitación del hombre enfermo, pues

* Contribuye de forma activa en la apropiación de conocimiento y la práctica de labores.
* Hace que el paciente se prepare de forma independiente para la vida y que en futuro sea capaz de cooperar con la familia en la esfera económica de forma consciente y activa.
* Se potencializan las capacidades existente en el paciente de forma individual
* Facilitan la aceptación de la familia y la comunidad con relación al paciente.

***Niveles de Rehabilitación.***

***Primer Nivel de Rehabilitación***:

A pesar del continuo desarrollo de la medicina cubana, con la aparición del médico y la enfermera de la familia, todavía encontramos pacientes que nunca salen de sus hogares, generalmente son pacientes psicóticos crónicos que viven en su mundo autista dentro de su casa e incluso muchas veces sin la atención psiquiátrica adecuada. Una vez tratados correctamente, los síntomas mejoran y se hace más fácil entonces el proceso de reinserción a la sociedad. En estos casos no podemos pretender que una persona que ha estado aislada del medio social durante mucho tiempo, esté apto para incorporarse a tratamiento y rehabilitación fuera del hogar. Es necesario primero crearle hábitos en cuanto a la responsabilidad en el tratamiento, en su participación activa en tareas propias del hogar que le corresponden por ser un miembro de ese núcleo familiar e incluso cuando lo anterior se haya logrado, enseñarlo a participar en actividades, que para las personas no enfermas son habituales y tan sencillas como comprar los mandados, hacer una cola, coger un ómnibus, etc.

En este proceso, la familia juega un papel fundamental al estimular al paciente a que participe y ayude en las tareas domésticas y poco a poco creándole hábitos de limpieza, orden y colectivismo, pudiéndosele dar responsabilidades específicas (botar la basura, limpiar, ayudar en la cocina, etc.) de acuerdo a la individualidad de cada uno y características de la familia.

Cuando el paciente es capaz de lograr lo anterior, se le pueden ir dando otras responsabilidades fuera de la casa y en este proceso, la participación de la comunidad es importante pues sirve de ayuda en la reinserción. Los vecinos, trabajadores de bodegas, mercados, agros, etc., dirigentes del CDR, FMC, delegado de circunscripción, etc., pueden ayudar o entorpecer este proceso, por lo que el Rehabilitador Social Ocupacional como miembro del ESM (Equipo de Salud Mental),debe trabajar con ellos para lograr su cooperación en el mismo.

El EAPS (Equipo de Atención Primaria de Salud,) debe tener una participación activa en todas las etapas del tratamiento y rehabilitación convirtiéndose en un coterapéuta del ESM y muchas veces pasa a ocupar un papel protagónico en este proceder.

Otras veces encontramos pacientes con retraso mental de diferentes grados, personas demenciadas o con otros trastornos orgánicos, así como pacientes con síntomas fóbicos, etc., que le impiden una vida social activa. Debe actuarse en cada caso en dependencia de los requerimientos individuales de cada uno.

Segundo Nivel de Rehabilitación:

En este nivel de rehabilitación el paciente es capaz de cumplir los requerimientos del primero, anteriormente expuestos, pero necesita salir del marco de su hogar y vecindario cercano e incorporarse a toda una serie de actividades que lo ayuden a lograr independencia social y económica futura. Por tanto el ESM tratará de crearle habilidades para lograr lo anterior.

En los CCSM (Centros Comunitarios de Salud Mental), deben existir talleres de terapia ocupacional para desarrollarle habilidades para el trabajo manual o artesanal. Para lograrlo se necesita ingenio y dedicación. En todas las comunidades existen centros de trabajo en los que quedan desechos fabriles que pueden utilizarse con creatividad en la confección de artículos artesanales de utilidad en el hogar u ornamentales que los pacientes interesados pueden confeccionar e incluso a través de ferias coordinadas y autorizadas por el Consejo Popular, pueden vender y utilizar el dinero recaudado como un fondo común para la realización de actividades colectivas (excursiones, fiestas, etc.), para la compra de nuevos materiales o herramientas de trabajo para mejorar las opciones y ofertas de diferentes trabajos ergo terapéuticos e incluso hasta lograr , según el esfuerzo de todos, un estipendio como estímulo y recompensa para los pacientes por el trabajo desarrollado. **Todo esto, con la autorización del sistema legislativo vigente.**

En este proceder, la utilización del Sistema de Economía de Fichas puede ser útil, pues a través del control de las actividades y la productividad de cada paciente y la asignación de cierta cantidad de fichas con un valor en puntos según la participación y calidad de lo logrado, se puede evaluar el progreso individual de cada uno y esto sirve para aplicar comporta mentalmente el proceso de “premio-castigo”

La experiencia personal de algunos entendidos en la materia recoge que una vez que los pacientes perciben que son capaces de hacer algo que a su vez la población compra, van independizándose y realizando actividades por cuenta propia que le aportan una remuneración económica.

Muchas veces el taller de terapia ocupacional no tiene la posibilidad de ofrecer todas las opciones necesarias para satisfacer las expectativas de todos los pacientes, por un problema de pobre gestión del ESM o por falta de recursos para lograrlo. En estos casos el aprendizaje de oficios resulta de gran utilidad. Para ello podemos explotar recursos que en todas las comunidades existen. Deben visitarse los centros laborales y explorar las posibilidades que en los mismos tienen para entrenar a pacientes y a no pacientes en el aprendizaje de oficios (dependientes, gastronómicos, barbería y/o peluquería, panaderos, mecánicos, plomeros, albañiles, costureras, etc.), que en un futuro les sirvan para lograr un vínculo laboral o poder desarrollar un trabajo por cuenta propia.

Otra vía que el ESM debe saber explotar es la presencia de personas en la comunidad que conocen diferentes oficios y a veces están jubiladas o aún se mantienen activamente trabajando y están dispuestas a enseñar a personas necesitadas y ésta es otra senda que puede contribuir enormemente a la reinserción socio-laboral de enfermos mentales o de otros miembros de la comunidad.

La participación de los pacientes en actividades grupales mediante la utilización de técnicas afectivo-participativas en las que se exploten al máximo los aspectos que aún quedan sanos en la persona y que a su vez mejoren la capacidad de interrelacionarse con grupos humanos, es otra de las vías para lograr la socialización, al igual que su participación en actividades recreativas, deportivas y culturales en las que además participen miembros de la comunidad (no pacientes) es también importante en la rehabilitación psicosocial del enfermo mental en la comunidad.

Hay que saber explotar las aptitudes de cada uno para poder lograr un cambio de las actitudes ante la vida. Cada ESM en su comunidad, utilizando los recursos existentes puede adaptar su programa de rehabilitación asignándole creatividad y amor en el trabajo a desarrollar. Es por ello que se solicita del Rehabilitador Social Ocupacional que sea creativo en su actuar, que sea capaz de hacer un estudio detallado de su comunidad, el cual le permita conocer todos los recursos disponible con que puede contar en vista de una terapia ocupacional que responda a los intereses y capacidades individuales en cada paciente.

**Tercer Nivel de Rehabilitación:**

Una vez que el paciente es capaz de vincularse a alguna actividad laboral logrando independencia económica y por ende contribuyendo a la ayuda de su familia, decimos que se encuentra en el tercer nivel de rehabilitación.

En el momento actual, lograr el vínculo laboral en un centro de trabajo estatal se hace difícil por la situación económica que vive nuestro país. A veces podemos lograrlo, pero no siempre es posible.

Existen sin embargo otras vías para conseguir lo anterior y es a través del trabajo remunerado de las Industrias Locales del Poder Popular en las que se le facilitan materiales a las personas contratadas y éstas a su vez confeccionan productos de alta demanda popular por cuya producción se les paga un salario.

Otro camino –bastante popular en la actualidad- es el trabajo por cuenta propia (TCP), siempre y cuando la persona que lo vaya a desarrollar legalice su situación en el CETSS y ONAT para evitar sanciones posteriores. También la creación de talleres protegidos si fuera posible, sería un sendero que pudiera seguirse, en los que los pacientes en un ambiente terapéutico, sin un rigor excesivo en cuanto a disciplina laboral y bajo la supervisión de un personal entrenado, trabajan y cobran un salario por ello. Esto tampoco es fácil de lograr, pero sí es un poco menos difícil una variante de lo anterior, que es el “paciente protegido en el taller” en la que el paciente se inserta en un centro de trabajo o taller no protegido bajo la supervisión de un personal técnico o entrenado, brindándole cierta flexibilidad en cuanto al cumplimiento de normas y disciplina laboral, considerándoseles su condición de enfermos y cobrando un salario por el trabajo que desempeñen.

Seria de suma importancia señalar que no existirá un tiempo determinado en el que cada paciente transite en un nivel de rehabilitación social, este tiempo se establecerá por si solo de forma individual a partir de que cada paciente venza los objetivos del nivel anterior.

**Preguntas de control**

* Fundamente la importancia que reviste la Terapia Ocupacional en la Rehabilitación Psicosocial.
* Explique en qué consiste los diferentes niveles de la Rehabilitación Psicosocial.