

**Curso Universitario Trienal de Medicina
Interna**

**LA PATOLOGIA
PSIQUIATRICA EN
MEDICINA GENERAL**

Dr Enrique Ortiz Frágola

13 DE SEPTIEMBRE 2022

Antes de indicar antidepresivos hay que descartar BIPOLARIDAD.

La Depresión Bipolar con Antidepresivos puede virar a la manía.

Pensar en Depresión Bipolar cuando hay:

- Inicio en edad temprana (< 25-30 años).
- Historia Familiar Bipolar
- Depresión postparto.
- Retardo Psicomotor Marcado.
- Inducción Hipomanía farmacológica.
- Episodios cortos y frecuentes.
- Síntomas maníacos en el cuadro .
- (Episodio Mixto)



TEMAS A DESARROLLAR

- EL PACIENTE SUICIDA.
- EL PACIENTE CON ANSIEDAD

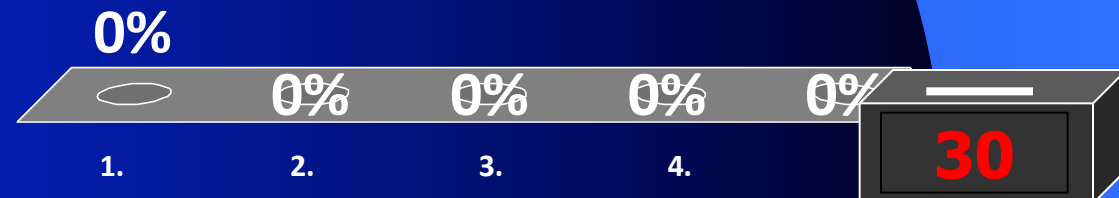
EL PACIENTE SUICIDA



En relación al suicidio, cuál de las siguientes afirmaciones es correcta:

1. Las mujeres se suicidan más que los hombres
2. La presencia de depresión no aumenta el riesgo de suicidio.
3. El paciente que comunica sus ideas de suicidio no lo intenta
4. Los pacientes suicidas rara vez consultan
5. Con frecuencia los pacientes suicidas comunican sus ideas de suicidio antes de intentarlo

contador de contestaciones



Epidemiología del Suicidio

- 1- 2 % del total de causas de muertes.
- WHO : 1: 6000 / Año / Mundial
- Relación M / F : 3 / 1 S. Consumado
Relación M / F : 1 / 3 Intento de S
- Edad: M + > 45 - Viejos
F - > 55 + Jóvenes (15-24)
- 5 % Ingresos UTI Sobredosis
- Subdiagnóstico
- 1 / 10 Intentos es Exitoso
- 95 % de los suicidas tienen un T mental.
- 50 % de los Intentos... DEPRESION

Algunos conceptos a tener en cuenta en relación al suicidio

- **Ideación suicida.** (esporádica o persistente).
- **Determinación suicida.** (el suicidio es una posibilidad o ya ha decidido firmemente suicidarse)
- **Plan suicida.** Supone un plan para su realización (cuanto más desarrollado esté el plan de suicidio, mayor es el riesgo; la disponibilidad de medios para el suicidio incrementa el riesgo).
- **Conducta parasuicida:** Autolesiones que se llevan a cabo con la finalidad de hacerse daño (por ejemplo, cortes en la piel) pero... sin la finalidad de producir la muerte

El Proceso Suicida

- Concepto
- Evolución variable
- Factores Precipitantes del Intento: Momento del Intento. El enojo suele ser la emoción predominante.
- Crisis Suicida: Breve-Impulso.

Evolución del Proceso Suicida

- Depende del balance entre:
 - Factores de Riesgo: aceleran el proceso
 - Protección: frenan el proceso

Estos factores varían a lo largo de la vida.

Factores de Riesgo de Suicidio

Ant Psicopatológicos Personales

- **Intento Previos**
- **Depresión:** Mayor-Bipolar-Distimia-Adaptativo-Duelo.
- Alcoholismo-Adicciones.
- Ant de abuso en la infancia
- T. de la Personalidad
- Disforia de género
- Psicosis.
- T.Mental Orgánico.



Factores de Riesgo de Suicidio

Variables Sociodemográficas

- Sexo: Masculino
- Edad: Jóvenes-viejos. Post Parto
- Clase Social: Baja
- Educación: Baja
- E. Civil: Div.>Sep.>Solt.>Viud.>Casado
- Est. Laboral: Desempleo-Jubilado.
- Estación: Primavera-Otoño.
- Apoyo Social: Escaso
- Ant. Familiares: Suicidio-Depresión-Alcoholismo-Psicosis

Factores de Riesgo de Suicidio

Patología Somática

- Enf. Crónica.
 - Enf. Debilitante / Desfigurante.
 - Enf. con mal pronóstico de vida.
 - Enf. Terminal.
 - Enf. con Dolor.
-
- Crisis relación médico-paciente.
 - Falta de recursos de atención médica.



Factores de Riesgo de Suicidio

Factores Psicosociales

- Pérdidas recientes.
- Fechas significativas
- Inestabilidad Familiar.
- **Aislamiento social.**
- Entorno Violento.

Factores **PROTECTORES** de conducta suicida.

- Familia contenedora.
- Relaciones sociales estables y armónicas.
- Autoestima saludable.
- Capacidad para pedir ayuda.
- Involucramiento en actividades sociales o de ayuda solidaria.
- Referentes saludables.
- Capacidad para afrontar dificultades.
- Valores positivos.
- Hábitos saludables.

Presentación Clínica del Paciente Suicida: El problema de la detección



- Pac. que sobrevivió a un intento.
- Pac. que concurre por sus Ideas de S.
- Pac. en quien se descubren Ideas de S.
- Pac. que niega Ideas de S. pero en quien se sospechan Ideas de S.



Paciente Suicida: Técnica de la detección

- Interés.
- Disposición
- Método.
- Privacidad.
- Empatía.
- Tiempo.
- Neutralidad (No emitir juicios de valor).
- Disposición a consultar con especialista.

Semiología

- La mejor forma de evaluar el riesgo de suicidio es hacer **psicosemiología**.
- Se debe investigar en cada caso el riesgo.
- Interrogar sobre ideas de suicidio no provoca ni induce el suicidio.
- La disposición del médico a conversar sobre el tema reduce el riesgo y da la oportunidad de que el paciente pueda hablar con un profesional y recibir la ayuda que necesita.

**El médico debe superar la resistencia a hablar sobre suicidio.
A continuación se muestran algunas preguntas que se pueden
realizar a una persona en riesgo:**

- **Ha pensado Ud en la muerte con más frecuencia ?**
- **Piensa Ud en su propia muerte?**
- **Ha pensado Ud que sería preferible estar muerto?**
- **Ha pensado en hacerse daño a Ud mismo?**
- **Ha pensado en provocar su propia muerte?**
- **Ha pensado Ud en el suicidio ?**
- **Ha pensado como lo haría?**
- **Ha pensado cuando lo haría?**
- **Tiene Ud los recursos para hacerlo?**

Objetivos de la Intervención en el paciente que realiza un intento de suicidio.

- 1. Estabilizar Condición Clínica.(Homeostasis)
- 2. Prevenir un nuevo intento inmediato.
- 3. Identificar Riesgo Suicida.
- 4. Prevenir Nuevo Intento.
- 5. Tratamiento y Remoción de Factores de Riesgo.
- 6. Encauzar Tratamiento Psiquiátrico Especializado.

Tratamiento del Paciente Suicida

- Evitar demoras innecesarias: Es una Urgencia!!!!
- No dejar al paciente solo.
- Cuarto seguro y sin posibilidad de fuga.
- Presencia permanente: Médico-Enfermera-Personal de seguridad-Familiar-Acompañante.
- Contención Farmacológica: BDZ-Neuroléptico:
CNZ 1-4 mg – LRZ 2,5 -5 mg - APZ 1-4 mg
OLZ 5-20 mg QTP 100-300 mg HLPL 5-10mg -
CPZ 50-100mg
- Contención física
- **SIEMPRE Consulta Psiquiátrica.**

SUICIDIO CONSUMADO

- La muerte por suicidio da lugar a un proceso de duelo en cada uno de los integrantes del grupo familiar.

DUELO



- El duelo genera una serie de reacciones biológicas, emocionales y conductuales que facilitan la adaptación al ambiente y al desarrollo de nuevos roles en la vida sin la persona fallecida.

ETAPAS DEL DUELO E KUBLER ROSS

- 1. NEGACIÓN
- 2. IRA
- 3. NEGOCIACIÓN
- 4. DEPRESIÓN
- 5 ACEPTACIÓN

En el caso de muerte por suicidio son particularmente intensos

- Sentimientos de responsabilidad o culpa.
- Vergüenza.
- Evitación. Pactos de silencio
- Estigma social genético.
- Temor premonitorio.
- Rabia. Enojo. Recriminaciones

Consecuencias psicopatológicas del suicidio en la familia

- DUELO PATOLOGICO
- PTSD
- DEPRESION
- T DE ANSIEDAD
- SUICIDIO

Tareas del duelo. Proceso activo W Worden

- 1 Aceptar la realidad de la pérdida.
- 2 Aceptar las emociones que la pérdida provoca.
- 3 Adaptarse a un entorno sin el ser perdido.
- 4 Recolocar afectivamente a la persona perdida y seguir viviendo.

LA FAMILIA DEBE HACER SU DUELO

- El duelo en la familia no tiene aspectos diferentes al proceso de duelo individual.
- Duelo Familiar Funcional: la familia permite que cada uno de sus miembros realice el proceso de duelo a su propio ritmo, estilo y etapa del ciclo vital .

En la búsqueda del equilibrio perdido pueden surgir diferentes reacciones en la familia.

- Búsqueda de un culpable.
- Actitudes de sobreprotección y dependencia.
- Tendencia al secreto familiar. Estigma. Distorsiones.
- Idealizaciones del fallecido.
- Reacciones ansiosas sobre la propia muerte.
- Alteración/delegación de los roles familiares (Parentalización de algún hijo) (Mantener con vida al ausente en un cuerpo prestado)

La importancia de promover el proceso de duelo

- La no aceptación de los sentimientos dolorosos provocados por la muerte de un miembro de la familia y el rechazo de la posibilidad de asumirla tienen consecuencias que pueden alcanzar a varias generaciones.

ABORDAJE DEL DUELO POR SUICIDIO

- Diluir aspectos culpabilizantes del evento.
- Propiciar la conversación sobre lo sucedido.
- Propiciar la catarsis y ventilación de emociones.
- El duelo no se trata, se acompaña.
- Seguimiento de control.

EL PACIENTE CON ANSIEDAD

- Definición y Concepto.
- Clasificación
- Cuadros Clínicos.
- Terapéutica



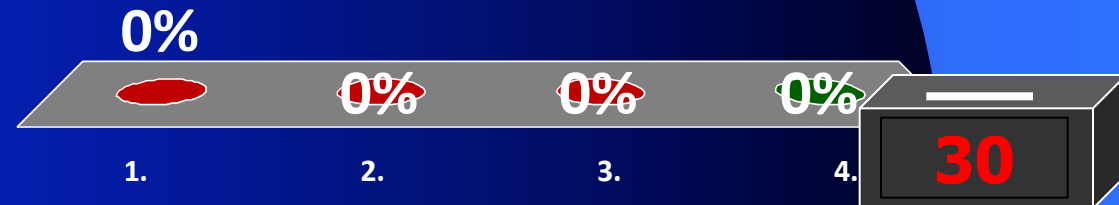
Definiciones y Conceptos

- **Ansiedad Normal** vs **Ansiedad Patológica**
 - . Con Motivo
 - . Proporcional
 - . Integra y Organiza
 - . + la respuesta
 - . Se extingue
 - . Egosintónica
- . Con/ Sin Motivo
 - . Desproporcionada
 - . Desintegra y Desorganiza
 - . - la respuesta
 - . Permanece
 - . Egodistónica

La aparición de palpitaciones, taquicardia y sudoración fría en un paciente ansioso:

1. Descarta patología mental
2. El cuadro de ansiedad descarta patología orgánica
3. Debe tratarse en forma inmediata con ansiolíticos
4. Exige realizar un profundo diagnóstico diferencial

contador de contestaciones



Clínica de la Ansiedad

- Síntomas Emocionales y de la cognición.
- Síntomas Conductuales.
- Síntomas Somáticos

Síntomas Emocionales y Cognitivos de la Ansiedad

Opresión precordial. Llanto. Inquietud. Nerviosismo
Preocupación. Temor. Aprensión
Anticipación de peligro o amenaza.
Pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad).
Sobrevaloración de detalles desfavorables o de riesgo. (distorsión; sesgo)
Dificultad de atención; concentración y memoria.
Bloqueo, "quedar en blanco". Fatiga mental.
Dificultad para la toma de decisiones.
Sensación de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente.

Síntomas Conductuales de la Ansiedad

Expresión facial de temor o inquietud.

Inseguridad, inhibición.

Hiperactividad

Paralización motora

Movimientos torpes y desorganizados

Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal.

Conductas de evitación.

Irritabilidad. Ensimismamiento

Alteración del apetito y del sueño

Alteración de la conducta sexual

Síntomas SOMATICOS de la ANSIEDAD

Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardia, tensión arterial alta, accesos de calor.

Respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión.

Gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas; cólicos; dificultad para tragar, "nudo".

Genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.

Neuromusculares: tensión muscular, temblor, hormigueo, cefalea, fatiga excesiva.

Neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos.

DSM 5

Trastornos de Ansiedad

- T de Ansiedad por separación.
- Mutismo selectivo.
- Fobia específica.
- T de Ansiedad social.
- T de Pánico.
- Agorafobia.
- T de Ansiedad Generalizada.
- T de Ansiedad por sustancias / medicamentos.
- T de ansiedad debido a otra afección médica

DSM 5

Trastornos Relacionados con Traumas Y factores de estrés

- T de estrés Postraumático.
- T de Estrés Agudo.
- T de Adaptación

DSM 5

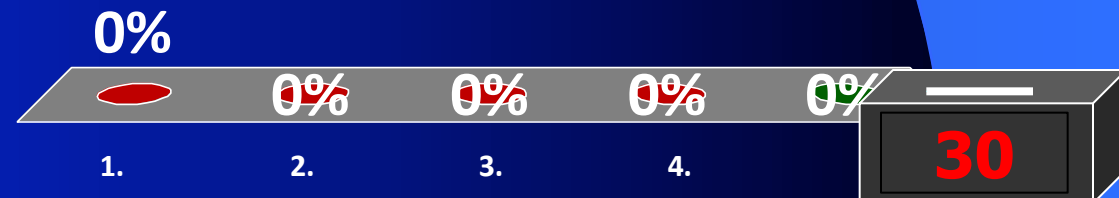
T de Síntomas Somáticos y Trastornos Relacionados

- T de Síntomas Somáticos
- T de Ansiedad por enfermedad
- T de Conversión
- Factores Psicológicos que influyen en otras afecciones médicas
- T Facticio

Un episodio de pánico se pueden confundir con:

1. Isquemia coronaria
2. Intoxicación con sustancias
3. Arritmia cardiaca
4. a y b
5. Todas son correctas

Contador de contestaciones



DSM 5

Trastornos de Ansiedad

- T de Ansiedad por separación.
- Mutismo selectivo.
- Fobia específica.
- T de Ansiedad social.
- T de Pánico.
- Agorafobia.
- T de Ansiedad Generalizada.
- T de Ansiedad por sustancias / medicamentos.
- T de ansiedad debido a otra afección médica

Trastornos Fóbicos.

Fobia. Definición:

- “**Miedo persistente excesivo o irracional** hacia un objeto, situación o actividad específicos (**estímulo u objeto fóbigeno**), que da lugar a un **deseo incoercible de evitarlo**”.
- **La exposición real o imaginaria ante el objeto fóbigeno genera intensa ansiedad, temor o una crisis de angustia.**

Trastornos Fóbicos:

Fobia Específica -Fobia Social-Agorafobia

Trastornos caracterizados por la presencia de fobias :

- “a objetos o situaciones específicas”: -----**FOBIA ESPECIFICA**
- “a situaciones sociales o de exposición en público”: ----- **FOBIA SOCIAL**
- “de encontrarse en lugares o situaciones donde escapar resulte difícil”: -----**AGORAFOBIA**

Fobias Específicas

- Más frecuentes en sexo Fem. (14% vs. 7 %)
- Edad de inicio: 15 a. (4 a. – 22 a.)
- Alta comor. con otros cuadros fóbicos.
- Curso Crónico.
- Motivo de consulta poco frecuente
("se convive con ellas").

Fobia Social

- Similar frecuencia en ambos sexos (7 %).
- Edad de Inicio 16-19 a.
- Curso CRONICO.
- “Temor a actuar de forma que se sienta humillado o avergonzado ante los demás”.
- Situaciones temidas variadas.
- Ansiedad “anticipatoria” intensa.
- Conductas de evitación.
- Deterioro del funcionamiento, desmoralización.
- Uso/abuso de alcohol y/o psicofármacos.

Agorafobia

Características Generales

- Más Frecuente en mujeres (6 % vs 3 %).
- Edad de inicio: 18a. - 35 a.
- Curso fluctuante; crónico.

Agorafobia

Características Clínicas

- Situaciones Típicas: transporte público; multitudes; esperas; lejanía del hogar.
- Inicio: crisis de angustia.
- Conductas de evitación.
- Acompañante contrafóbico.
- Comorbi. Frec con depresión.
- Diag. Dif.: Est. Paranoides; Depresión; PTSD

Trastornos Fóbicos: Tratamiento

- F. Específica:
 - PT Cognitivo-conductual (exposición; reestructuración cognitiva; relajación).
 - PF: No sirven.
- F Social y Agorafobia:
 - PF: IRSS-IRSN- BDZ
 - PT Cognitivo-conductual (exposición; destreza social; reestructuración cognitiva)
- 60-70 % RSP +

Trastorno de Pánico

Definición y Concepto

- Crisis de angustia recidivantes; inesperadas, o situacionales.
- Ansiedad anticipatoria “con miedo al miedo”.
- Conductas de Evitación.

Crisis de Pánico-

Criterios:

Aparición súbita y aislada de miedo y/o malestar intensos, acompañada de al menos 4 de los 13 síntomas clásicos; que se inician bruscamente y llegan al máximo en los primeros 10 minutos:

- 1.- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca.**
- 2.- Sudoración.**
- 3.- Temblores o sacudidas.**
- 4.- Sensación de ahogo o falta de aliento.**
- 5.- Sensación de bolo o atragantamiento.**



CRISIS DE PANICO Criterios: (cont.)

- 6.- Opresión o malestar torácico.**
- 7.- Náuseas o molestias abdominales.**
- 8.- Sensación de inestabilidad, mareo o desmayo.**
- 9.- Desrealización (sensación de irrealidad –”estoy soñando”-) o
Despersonalización (me veo así y creo que no me sucede a mí).**
- 10.- Miedo a perder el control o volverse loco.**
- 11.- Miedo a morir.**
- 12.- Parestesias.**
- 13.- Escalofríos o sofocaciones y vaporadas.**

Trastorno de Pánico

Curso

- CRONICO
- VARIABLE EN:
 1. Frecuencia.
 2. Intensidad.
 3. Duración.
 4. Síntomas intercríticos.
 5. Circunstancias de aparición.

Trastorno de Pánico.

Diagnóstico diferencial

Pato. Psiquiátrica	Pato. Clínica
T. de Ansiedad Gralizada	Hipo- Hiper tiroidismo
T. Depresivos	Hiperparatiroidismo
T. de Despersonalización	Prolapso Mitral
T. Somatomorfo	Arritmias Cardíacas
T. de Personalidad	Isquemia coronaria
	Feocromocitoma
	Vértigo
	Abstinencia

Trastorno de Pánico.

Tratamiento

- AGUDO: BDZ alta potencia.
PT.: Apoyo y reaseguramiento.
- MEDIANO Y LARGO PLAZO:
IRSS
PT Cognitivo-Conductual.
Exposición Programada; Entrenamiento Respiratorio.

EFICACIA DEL TRATAMIENTO:

60-80 % RSP +. Alta Frec de Recaídas : 20-50 %

Trastorno De Ansiedad Generalizada

Características Fundamentales

- Ansiedad y preocupación excesivas (expectación ansiosa) sobre una amplia gama de acontecimiento vitales.
- Hipersensibilidad a situaciones cotidianas.

Trastorno de Ansiedad Generalizada

Manifestaciones clínicas de la ansiedad

Ansiedad y preocupación excesiva.

Anticipación aprensiva.

Inquietud; nervios de punta

Fatiga fácil

Dificultad para controlar la preocupación.

Tensión motora.

Hipervigilancia.

Trastornos del sueño

Trastorno de Ansiedad Generalizada TAG

Características Clínicas

- La intensidad, la duración o la frecuencia de la ansiedad y la preocupación son DESPROPORCIONADAS a la probabilidad o al impacto real del suceso anticipado.
- Se preocupan todos los días por todo: trabajo, salud, finanzas propias o de familiares; noticias; política; seguridad; transporte; meteorología; desastres naturales; tareas del hogar o cotidianas; horarios; etc.

Trastorno de Ansiedad Generalizada TAG

- Predomina en mujeres. 2/1
- Importancia de antecedentes familiares
- Predomina en países desarrollados.
- Inicio en la edad adulta.
- Evolución crónica y oscilante.
- Tasas de remisión completa muy bajas.
- Deterioro de la calidad de vida.
- Comorbilidad con otros T de Ansiedad y T depresivos

Unipolares

Trastorno de Ansiedad Generalizada

Tratamiento

- PF.: Venlafaxina
Pregabalina
- PT.: PT Dinámica- T. De Relajación.
PT Cognitivo conductual (reestructuración
cognitiva para la anticipación negativa y
preocupación excesiva)

T de Ansiedad Inducido por Sustancias/ Medicamentos/ Afección Médica

- Los síntomas de ansiedad o pánico predominan en el cuadro clínico.
- Existen evidencias de que son la consecuencia de una sustancia (intoxicación o abstinencia) o de la exposición a un medicamento o resultan de consecuencia fisiopatológica directa de una afección médica.

T de Ansiedad Inducido por Sustancias/ Medicamentos/
Afección Médica

Diagnóstico

- Asociación temporal clara entre inicio, la exacerbación o la remisión del factor causal y los síntomas de ansiedad.
- Características atípicas para un trastorno de ansiedad.
- Evidencia bibliográfica sobre la existencia de un mecanismo conocido de producción

T de Ansiedad Inducido por Sustancias/ Medicamentos

- Sustancias o medicamentos frecuentemente vinculados:

Alcohol. Cafeína. Cannabis. Opiáceos. Sedantes. Hipnóticos.
Ansiolíticos. Cocaína. Analgésicos. Simpaticomiméticos.
Broncodilatadores. Anticolinérgicos. Insulina. Litio. Anticonceptivos
orales. Antihistamínicos. Antiparkinsonianos. Corticoides.
Antihipertensivos. Anticonvulsivantes. Antipsicóticos. Antidepresivos.

Trastornos de Ansiedad Inducidos Afección Médica

- Endocrinopatías: Hipo-hiper Tiroidismo
Feocromocitoma. Hipoglucemia.
Hipo-Hiper Paratiroidismo. Enf. de Cushing.
- Cardiopatías: ICC. Isquemia. Arritmias. TEP.
- SNC: Vértigo. Epilepsia. ACV. Tumores.
- Resp : EPOC. ASMA
- Hipoxia. Acidosis metabólica. Hipo/Hiper Gluc
- Dolor.

Trastornos de Ansiedad inducidos por la Patología Somática

Tratamiento

- Participación activa del médico tratante.
- Cuando el caso lo requiera incorporar un especialista que tenga comunicación frecuente con médico tratante.

Trastornos de Ansiedad inducidos por la Patología Somática

Tratamiento

- Considerar la participación de los diferentes factores predisponentes y precipitantes de naturaleza bio-psico-social.
- **Priorizar el tratamiento Etiológico**
- Psicoterapia de apoyo; Psicot C Conductual; Técnicas de Relajación.
- Abordaje psicofarmacológico.
- Inclusión de la flia en el proceso terapéutico

La enfermedad somática puede ser motivo para la aparición de los denominados Trastornos Relacionados con Traumas y Factores de Estrés
(DSM 5)

- T de Estrés Postraumático.
- T de Estrés Agudo.
- T de Adaptación

Trastorno por Estrés Postraumático

Concepto

- “ Aparición de **síntomas característicos** en una **persona** que ha sido **expuesta** a un **acontecimiento estresante** e **intensamente traumático**”.

Trastrono de Estrés Postraumático

- Experiencia directa del suceso traumático
- Presencia directa del suceso
- Conocimiento de dicho evento a fliar próximo o amigo íntimo.
- Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso

Trastorno de Estrés Postraumático

- Eventos Experimentados; Presenciados o de Conocimiento Guerra; amenaza o agresión física real; abuso físico o sexual; secuestro; tortura; prisionero de guerra; desastres naturales; accidentes graves

Trastorno de Estrés Postraumático

Clínica

- **Síntomas de intrusión:** Recuerdos angustiosos, recurren, involuntarios e intrusivos; sueños angustiosos recurrentes; reacciones disociativas en las que el individuo siente o actúa como si se repitiera el suceso
- **Estado de ánimo negativo:** malestar psicológico intenso; anhedonia.
- **Síntomas disociativos:** Alteración del sentimiento de realidad; amnesia disociativa.

Trastorno de Estrés Postraumático

Clínica

- **Síntomas de evitación:** esfuerzos por evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos asociados al suceso; esfuerzo para evitar recordatorios externos.
- **Síntomas de alerta:** Alteración del sueño; hipervigilancia; irritabilidad o arrebatos de furia; respuesta de sobresalto exagerada; alt de concentración

Trastorno por Estrés Postraumático

Curso; Diagnóstico Diferencial y Pronóstico.

- Inicio: Primeros 3-6 meses del evento.
Expresión retrasada: años.
- Duración: 3-12 meses...años. Recurrencias.
- D. Diferencial: Simulación.
Otros T. de Ansiedad.
Inicio de Psicosis
- En gral. Favorable. Dependiente de factores asociados (paciente; evento; entorno, tratamiento).
- Cuadros graves: riesgo de suicidio aumentado.

Trastorno de Estrés Postraumático

- Supone factor de riesgo de suicidio.
- Se asocia con altos niveles de discapacidad social, ocupacional y física.

Trastorno por Estrés Postraumático

Tratamiento

- PF: IRSS-BDZ
- PT.: PT Apoyo y Catarsis.
PT Dinámica Breve.
PT Grupal.
T. de Relajación

Trastorno por Estrés Agudo

- Exposición a la muerte, lesión grave o violencia
- Experiencia o presencia directa
- Conocimiento de dicho evento a fliar próximo o amigo íntimo.
- Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso

Trastorno por Estrés Agudo

Desencadenantes

- Guerra; asalto violento personal; secuestro; ataque terrorista; tortura; desastres naturales; accidentes graves.
- Una enfermedad potencialmente mortal o una afección médica debilitante pueden provocar un T Adaptativo pero no un T de Estrés Agudo

Trastorno por Estrés Agudo

Clínica

- La presentación clínica puede variar de persona a persona pero habitualmente implica una reacción de ANSIEDAD intensa.

Trastorno por Estrés Agudo

Clínica

- **Síntomas de intrusión:** Recuerdos angustiosos involuntarios e intrusivos; sueños angustiosos recurrentes;
- **Estado de ánimo negativo:** malestar psicológico intenso; anhedonia.
- **Síntomas disociativos:** Alteración del sentimiento de realidad; amnesia disociativa.
- **Síntomas de evitación:** esfuerzos por evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos asociados al suceso.
- **Síntomas de alerta:** Alteración del sueño; hipervigilancia; irritabilidad o arrebatos de furia; sobresalto; alt de concentración

Trastorno por Estrés Agudo

- Inicio después de 3 días del evento.
- Aparece durante el 1º mes siguiente al evento y solo tiene 1 mes de duración.
- Causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o del funcionamiento del individuo (dificultando la posibilidad de recibir tratamiento)

Trastorno por Estrés Agudo

- Puede evolucionar a un PTSD
- Diagnóstico Diferencial:
 - T de Adaptación
 - PTSD

Trastorno por Estrés Agudo

Tratamiento

- Psicoterapia : RMP. TCC
- Ambiental: Contención. Compañía.
- Psicofarmacológico: BDZ N Atípicos

Trastornos Adaptativos

- Se caracteriza por la aparición de síntomas emocionales o conductuales en respuesta a un factor de estrés identificable producido en los 3 meses previos al inicio de los síntomas.
- Clínica: Depresiva, **Ansiosa**, conductual, mixta.
- Desproporcionados, provocan deterioro transitorio pero significativo en el funcionamiento afectivo, social, laboral.

Trastornos Adaptativos

- Se inician dentro de los 3 meses del evento y no suelen durar más de 6 meses.
- D Diferencial: TDM. TEPT.
Duelo. Reacción normal al estrés.

Tratamiento: Psicoterapia.

PF : BDZ. IRSS

DSM 5

T de Síntomas Somáticos y Trastornos Relacionados

- ▶ T de Síntomas Somáticos
- ▶ T de Ansiedad por enfermedad
- ▶ T de Conversión
- ▶ Factores Psicológicos que influyen en otras afecciones médicas
- ▶ T Facticio

T de Síntomas Somáticos

- ▶ Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o perturban la vida diaria.
- ▶ Preocupación intensa; Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas o la salud. (Intensa ansiedad, preocupación por la gravedad, dedicación, tiempo.)
- ▶ Duración: >6 meses.

T de Síntomas Somáticos

- ▶ Síntoma único o múltiples.
- ▶ Dolor muy común.
- ▶ El sufrimiento del individuo es genuino.
- ▶ Puede coexistir una patología médica.
- ▶ Consideran sus síntomas amenazantes, perjudiciales, molestos, limitantes.
- ▶ No se calman con las evidencias médicas.

T de Síntomas Somáticos Clínica

- ▶ Sus síntomas con frecuencia se convierten en el centro de su existencia, se convierten en un rasgo de su identidad y condicionan sus relaciones interpersonales.
- ▶ En ocasiones lo relacionan con algún aspecto de su vida, en gral niegan otra preocupación.

T de Síntomas Somáticos Clínica

- ▶ Búsqueda repetida de asistencia médica.
- ▶ Sienten que no los toman en serio.
- ▶ Se sorprenden y/o rechazan la derivación a psiquiatría.

T de Síntomas Somáticos Clínica

- ▶ Frecuente comorbilidad con t de ansiedad y depresión.
- ▶ La mayoría de las personas con hipocondría son ahora clasificados dentro de este trastorno.

T de Síntomas Somáticos Terapéutica

- ▶ Evitar la iatrogenia.

T de Ansiedad por enfermedad.

- ▶ Preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave.
- ▶ No hay síntomas somáticos o son leves.
- ▶ Si presentan alguna enfermedad o tienen riesgo de padecerla: preocupación excesiva o desproporcionada
- ▶ Gran ansiedad por su salud, se alarma fácilmente por su salud.
- ▶ Comportamientos excesivos vinculados con su salud (Busqueda o evaluación; evitación)

T de Ansiedad por enfermedad.

- ▶ 2 formas clínicas:
 - A. Con solicitud de asistencia.
 - B. Con evitación de asistencia.
- ▶ La angustia no se origina en el síntoma sino en la causa, significado o sospecha de tener alguna enfermedad.
- ▶ Con frecuencia es una manifestación fisiológica normal lo que los alarma.

T de Ansiedad por enfermedad.

- ▶ Consultan en internet.
- ▶ Consultan continuamente con amigos o flia.
- ▶ Preocupación permanente y muy difícil de calmar...termina frustrando y saturando al entorno.
- ▶ Inicio en adulto joven.
- ▶ Evolución crónica, recurrente.
- ▶ Altera vida personal, familiar y laboral.

T de Ansiedad por enfermedad.

- ▶ La preocupación por la idea de se esta enfermo se acompaña de una ansiedad considerable por la salud y la enfermedad.
- ▶ Se alraman con las enfermedades de otros o con noticias sobre temas de enfermedades.
- ▶ Autoexámenes frecuentes.

Trastorno por Conversión Concepto

- ▶ Presencia de síntomas de alteración o déficit que afectan las funciones motoras o sensoriales y que sugiere un trastorno neurológico o alguna otra enfermedad clínica.
- ▶ Los factores psicológicos están asociados al inicio o a la exacerbación del cuadro (conflictos u otros factores).
- ▶ No es simulación ni producción intencional.
- ▶ No se explican por pato somática.

Trastorno por Conversión Tipos

- ▶ Síntoma o déficit motor.
- ▶ Con crisis y convulsiones.
- ▶ Síntoma o déficit sensorial.
- ▶ Mixto.

Trastorno por Conversión

Cuadro Clínico

- ▶ “Belle indifference” o dramatismo.
- ▶ Sugestionabilidad.
- ▶ Desencadenante psicosocial manifiesto.
- ▶ Autolimitados.
- ▶ Puede existir enfermedad neurológica asociada.
- ▶ Predominio femenino. Hemicuerpo izquierdo.
- ▶ En el hombre frecuente asociación con psicopatía.

Trastorno por Conversión Curso

- ▶ Inicio en adolescencia, brusco.
- ▶ Duración breve de los síntomas.
- ▶ Recidiva muy frecuente.
- ▶ Parálisis, afonía, ceguera: buen pronóstico.
- ▶ Temblores y convulsiones: mal pronóstico

Trastorno por Conversión Terapéutica

► Psicoterapia

FACTORES PSICOLOGICOS QUE INFLUYEN EN OTRAS AFECCIONES MEDICAS

- ▶ Se diagnostica cuando los factores psicológicos o conductuales afectan negativamente el curso o el pronóstico de una afección médica existente

FACTORES PSICOLOGICOS QUE INFLUYEN EN OTRAS AFECCIONES MEDICAS

- ▶ Estos factores pueden aumentar el riesgo de sufrimiento, muerte o incapacidad; agravar una afección médica subyacente; o resultar en hospitalización o concurrencias al servicio de urgencias.

FACTORES PSICOLOGICOS QUE INFLUYEN EN OTRAS AFECCIONES MEDICAS

- ▶ Negación de la importancia o gravedad de los síntomas
- ▶ Inadecuado cumplimiento de las pruebas y el tratamiento prescritos
- ▶ Ansiedad y enojo que precipitan un IAM
- ▶ Los pacientes pueden presentarse como fracasos del tratamiento o con el empeoramiento de afecciones médicas asociadas con el estrés

Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas.

Terapéutica.

- ▶ Información y Educación al paciente.
- ▶ Refuerzo de la relación médico paciente.
- ▶ Alianza con la familia en el proceso terapéutico.
- ▶ Incorporación a Grupos de apoyo
- ▶ Psicoterapia individual

T FACTICIO

- ▶ El trastorno facticio es un trastorno mental grave en el cual una persona engaña a los demás haciéndose el enfermo, enfermándose a propósito o lastimándose a sí mismo.
- ▶ “Paciente peregrino” (de hospital en hospital. OMS)

T FACTICIO

- ▶ El trastorno facticio no es lo mismo que inventar problemas médicos para un beneficio práctico, como irse del trabajo antes o ganar un juicio. Si bien las personas que sufren este trastorno saben que causan sus síntomas o enfermedades, es posible que **no entiendan las razones de su conducta o que no reconozcan que tienen un problema.**
- ▶ Se trata de un trastorno difícil de identificar y de tratar. Sin embargo, la ayuda médica y psiquiátrica es fundamental para prevenir lesiones graves e incluso la muerte por las lesiones autoinfligidas típicas de este trastorno.

T FACTICIO

- ▶ Los síntomas de este trastorno pueden variar de leves (una pequeña exageración de los síntomas) a graves (antes llamado «síndrome de Munchausen»).
- ▶ Es posible que la persona invente los síntomas o que incluso adúltere las pruebas médicas para convencer a otros de que necesita un tratamiento, como cirugías de alto riesgo.

T FACTICIO

- ▶ Los síntomas del trastorno facticio implican la simulación o producción de enfermedades o lesiones, o la exageración de síntomas o de discapacidades para engañar a otras personas.
- ▶ Las personas que padecen el trastorno llegan muy lejos para ocultar el engaño, por lo que puede ser difícil darse cuenta de que en realidad sus síntomas forman parte de un trastorno mental grave.

Trastorno facticio impuesto a otro

- ▶ El trastorno facticio impuesto a otro (antes llamado «síndrome de Munchausen por poderes») ocurre cuando alguien miente diciendo que otra persona presenta signos y síntomas físicos o psicológicos de enfermedad, o le provoca lesiones o enfermedades a otra persona con la intención de engañar a los demás.

T FACTICIO. F de RIESGO

- ▶ Traumas infantiles, tales como abuso sexual o maltrato emocional o físico
- ▶ Una enfermedad grave en la infancia
- ▶ Pérdida de un ser querido por muerte, enfermedad o abandono
- ▶ Experiencias pasadas durante un momento de enfermedad y la atención que despertaron
- ▶ Identidad o autoestima deficientes

T FACTICIO. F de RIESGO

- ▶ Trastornos de la personalidad
- ▶ Depresión
- ▶ Deseo de estar relacionado con médicos o centros médicos
- ▶ Trabajar en el ámbito del cuidado de la salud
- ▶ El trastorno facticio se considera poco frecuente, pero no se sabe cuántas personas lo padecen.

FACTICIO. TRATAMIENTO

- ▶ **Tener un médico de atención primaria.** Para supervisar la atención médica y el plan de tratamiento, así como para reducir o eliminar las consultas con muchos médicos, especialistas y cirujanos.
- ▶ **Psicoterapia.** Individual o familiar
- ▶ **Medicamentos.** Depresión o la ansiedad.
- ▶ **Hospitalización.** En casos graves.

- 
- ▶ La ansiedad normal es una reacción fisiológica del aparato mental que facilita la puesta en marcha de los mecanismos necesarios para enfrentar las diferentes situaciones de la vida.
 - ▶ Cuando la ansiedad se torna patológica es la manifestación de la existencia de limitaciones en el afrontamiento de las situaciones cotidianas o extraordinarias de la vida.

El rol del médico general ante el paciente con ansiedad



- Una adecuada conducta terapéutica debe buscar no solo aliviar el malestar que la ansiedad provoca sino además promover el desarrollo de mecanismos saludables para llevar adelante una vida plena y saludable



▶ MUCHAS GRACIAS !!