

MANUAL DE
PSIQUIATRÍA

AMIR



PQ

7.ª Edición

ENARM **Total**.com

BIENVENIDO AL MANUAL AMIR

Lee estas instrucciones antes de empezar a navegar.



Esta publicación solo se puede leer en formato vertical.

**Índice**

Desde cualquier punto de la publicación podrás acceder al índice general de la publicación pulsando este icono.

**Capítulos**

Para avanzar o retroceder de un capítulo a otro deberás desplazarte de izquierda a derecha o viceversa.

**Capítulos**

Para ver el contenido de un capítulo deberás desplazarte de arriba a abajo.

**Zoom**

Podrás hacer zoom sobre cualquier contenido. Para ello, deberás abrir los dedos pulgar e índice.

**Zoom**

Para reducir la visión deberás hacer el gesto contrario.

**Imágenes y preguntas MIR**

Todas las imágenes, tablas, enfoques MIR, recuerdos y reglas mnemotécnicas pueden agrandarse. Sólo debes pulsar sobre ellas para verlas a mayor tamaño.

Y pulsando en las preguntas MIR podrás ver la pregunta completa (enunciado, opciones y respuesta correcta).

**Cerrar**

Pulsando este icono cierras las ventanas emergentes que tengas abiertas.



PQ

PSIQUIATRÍA

AUTORES

Dirección editorial

BORJA RUIZ MATEOS (3)
 JAIME CAMPOS PAVÓN (9)
 EDUARDO FRANCO DÍEZ (12)
 AIDA SUÁREZ BARRIENTOS (2)

JORGE ASO VIZÁN (9)
 VIVIANA ARREO DEL VAL (15)
 IRENE SÁNCHEZ VADILLO (15)

Autores

KAZUHIRO TAJIMA POZO (6)
 ORIOL MOLINA ANDREU (45)
 FERNANDO MORA MÍNGUEZ (25)

GONZALO RUIZ ENRIQUE DE LARA (6)
 DIANA ZAMBRANO-ENRÍQUEZ (20)
 PABLO BARRIO GIMÉNEZ (47)

Relación general de autores

ADRIANA PASCUAL MARTÍNEZ (1)
 AIDA SUÁREZ BARRIENTOS (2)
 ALBERTO CECCONI (3)
 ALBERTO LÓPEZ SERRANO (4)
 ALBERTO TOUZA FERNÁNDEZ (5)
 ALICIA PÉREZ PÉREZ (3)
 ANA DELGADO LAGUNA (6)
 ANA MARÍA RAMOS LEVÍ (3)
 ANDRÉS CRUZ HERRANZ (7)
 ÁNGEL ALEDO SERRANO (3)
 ÁNGELA RIVERO GUERRA (8)
 ANTONIO LALUEZA BLANCO (9)
 BEATRIZ SÁNCHEZ MORENO (9)
 BORJA DE MIGUEL CAMPO (9)
 BORJA RUIZ MATEOS (3)
 BRETT NORTHROP SHARP (10)
 CARLOS ACEBAL ALONSO (11)
 CARLOS FERRE ARACIL (12)
 CARMEN GUERRERO MORALES (13)
 CARMEN MARÍA ALCÁNTARA REIFS (14)
 CARMEN OLMOS BLANCO (3)
 CHAMAIDA PLASENCIA RODRÍGUEZ (15)
 CLARA MARCUELLO FONCILLAS (3)
 CRISTIAN IBORRA CUEVAS (9)
 CRISTINA ALMANSA GONZÁLEZ (9)
 CRISTINA IGUALADA BLÁZQUEZ (16)
 CRISTINA VIRGINIA TORRES DÍAZ (17)
 DAVID BERNAL BELLO (18)
 DAVID PRIEGO CARRILLO (19)

DIANA ZAMBRANO-ENRÍQUEZ (20)
 EDUARDO FRANCO DÍEZ (12)
 ELENA FORTUNY FRAU (21)
 ELENA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ (22)
 ELOY DARÍO TABEAYO ÁLVAREZ (15)
 ENRIQUE J. BALBACID DOMINGO (15)
 ESTELA LORENZO HERNANDO (9)
 EUSEBIO GARCIA IZQUIERDO (23)
 ELISEO VAÑO GALVÁN (24)
 FELISA VÁZQUEZ GÓMEZ (9)
 FERNANDO MORA MÍNGUEZ (25)
 FRANCISCO ARNALICH MONTIEL (12)
 FRANCISCO JAVIER TEIGELL MUÑOZ (13)
 FRANCISCO LÓPEZ NAVAS (10)
 GABRIEL MARRERO ALEMÁN (26)
 GEMMA IBÁÑEZ SANZ (13)
 GEMMA MELÉ NINOT (27)
 GONZALO RUIZ ENRIQUE DE LARA (6)
 GUILLERMO SCHOENDORFF RODRÍGUEZ (28)
 IAN LÓPEZ CRUZ (29)
 ILDUARA PINTOS PASCUAL (23)
 INMACULADA GARCÍA CANO (30)
 IRENE SÁNCHEZ VADILLO (15)
 IRENE VEGANZONES GUANYABENS (31)
 IRIA BASTÓN REY (32)
 ISABEL CARDOSO LÓPEZ (33)
 JAIME CAMPOS PAVÓN (9)
 JAVIER ALONSO GARCÍA-POZUELO (25)
 JAVIER MELCHOR DUART CLEMENTE (34)

JONATHAN ESTEBAN SÁNCHEZ (5)
 JORGE ADEVA ALFONSO (16)
 JORGE ASO VIZÁN (9)
 JOSÉ LOUREIRO AMIGO (22)
 JOSÉ LUIS CUÑO ROLDÁN (12)
 JOSÉ MANUEL MARTÍNEZ DÍEZ (15)
 JOSÉ MARÍA BALIBREA DEL CASTILLO (22)
 JOSÉ MARÍA LARRAÑAGA MOREIRA (35)
 JUAN CARLOS GARCÍA RUBIRA (10)
 JUAN JOSÉ GONZÁLEZ FERRER (3)
 JUAN MIGUEL ANTÓN SANTOS (36)
 KAZUHIRO TAJIMA POZO (6)
 LUCÍA PRIETO TORRES (37)
 LUIS BUZÓN MARTÍN (16)
 LUIS MANUEL MANSO SÁNCHEZ (9)
 MANUEL ÁLVAREZ ARDURA (18)
 MANUEL GÓMEZ SERRANO (3)
 MARÍA ANDREA LÓPEZ SALCEDO (3)
 MARÍA ÁNGELES PÉREZ-MONEO AGAPITO (15)
 MARÍA DE LAS MERCEDES SIGÜENZA SANZ (23)
 MARÍA DEL PILAR ANTÓN MARTÍN (5)
 MARÍA GÓMEZ ROMERO (38)
 MARÍA JURADO TABARES (39)
 MARÍA LUISA GANDÍA GONZÁLEZ (15)
 MARÍA MOLINA VILLAR (40)
 MARÍA TERESA RIVES FERREIRO (41)
 MARÍA UDONDO GONZÁLEZ DEL TÁNAGO (42)
 MARTÍN CUESTA HERNÁNDEZ (3)
 MICHELE CASTELLANO (16)

MIGUEL A. SÁNCHEZ MARTÍNEZ (43)
 MIGUEL ALSINA CASANOVA (44)
 MIRIAM ESTÉBANEZ MUÑOZ (15)
 ORIOL MOLINA ANDREU (45)
 ÓSCAR CANO VALDERRAMA (46)
 PABLO BARRIO GIMÉNEZ (47)
 PABLO DÁVILA GONZÁLEZ (48)
 PABLO ELPIDIO GARCÍA GRANJA (49)
 PABLO SOLÍS MUÑOZ (50)
 PATRICIA GONZÁLEZ MUÑOZ (12)
 PAULA MARTÍNEZ SANTOS (18)
 ROBERTO MOLINA ESCUDERO (18)
 ROCÍO ÁLVAREZ MARÍN (51)
 RODRIGO FERNÁNDEZ JIMÉNEZ (52)
 SALVADOR PIRIS BORREGAS (9)
 SARA BORDES GALVÁN (53)
 SARA DOMÍNGUEZ BENGUA (54)
 SARA PÉREZ RAMÍREZ (16)
 SERGI PASCUAL GUARDIA (55)
 SILVIA PÉREZ TRIGO (3)
 SOFÍA CALERO NÚÑEZ (56)
 TERESA BASTANTE VALIENTE (17)
 TOMÁS PASCUAL MARTÍNEZ (9)
 VANESA C. LOZANO GRANERO (12)
 VERÓNICA SANZ SANTIAGO (57)
 VÍCTOR ZAFRA VALLEJO (9)
 VICTORIA ALEGRÍA LANDA (6)
 VIVIANA ARREO DEL VAL (15)
 XABIER LÓPEZ MÉRIDA (26)

(1) H. U. Infanta Elena. Madrid.
 (2) Royal Brompton & Harefield NHS Foundation Trust. Harefield, Reino Unido.
 (3) H. U. Clínico San Carlos. Madrid.
 (4) H. U. de Sant Joan d'Alacant. Alicante.
 (5) H. U. de Getafe. Madrid.
 (6) H. U. Fundación Alcorcón. Madrid.
 (7) U. of California. San Francisco, EE.UU.
 (8) H. G. U. Morales Meseguer. Murcia.
 (9) H. U. 12 de Octubre. Madrid.
 (10) H. U. Virgen Macarena. Sevilla.
 (11) H. da Costa. Burela, Lugo.
 (12) H. U. Ramón y Cajal. Madrid.
 (13) H. U. de Bellvitge. Barcelona.
 (14) H. U. Reina Sofía. Córdoba.
 (15) H. U. La Paz. Madrid.

(16) H. U. Gregorio Marañón. Madrid.
 (17) H. U. de la Princesa. Madrid.
 (18) H. U. de Fuenlabrada. Madrid.
 (19) H. U. Germans Trias i Pujol. Badalona.
 (20) H. U. Santa Cristina. Madrid.
 (21) H. U. Son Espases. Palma de Mallorca.
 (22) H. U. Vall d'Hebron. Barcelona.
 (23) H. U. Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid.
 (24) H. U. Clínico San Carlos y H. Nuestra Señora del Rosario. Madrid.
 (25) H. U. Infanta Leonor. Madrid.
 (26) H. U. Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.
 (27) H. U. Sagrat Cor. Barcelona.
 (28) Clínica U. de Navarra. Pamplona.

(29) H. U. Doctor Peset. Valencia.
 (30) H. Sanitas La Moraleja. Madrid.
 (31) U. D. Catalunya Central. F. Althaia. Manresa.
 (32) C. H. U. de Santiago. A Coruña.
 (33) H. Ntra. Señora de América. Madrid.
 (34) H. G. de Alicante. Alicante.
 (35) C. H. U. A Coruña. A Coruña.
 (36) H. Infanta Cristina. Madrid.
 (37) H. C. U. Lozano Blesa. Zaragoza.
 (38) H. U. Joan XXIII. Tarragona.
 (39) H. Regional U. Carlos Haya. Málaga.
 (40) H. U. Severo Ochoa. Madrid.
 (41) H. Virgen del Camino. Pamplona.
 (42) H. U. de Basurto. Bilbao.
 (43) H. U. de la Santa Creu i San Pau. BCN.
 (44) H. Sant Joan de Déu. Barcelona.

(45) Mútua Terrassa. Terrassa.
 (46) H. U. Santa Cristina. Madrid.
 (47) H. U. Clinic. Barcelona.
 (48) H. de Manacor. Mallorca.
 (49) H. C. U. de Valladolid. Valladolid.
 (50) King's College Hospital. Londres, Reino Unido.
 (51) H. U. Virgen del Rocío. Sevilla.
 (52) H. U. C. San Carlos y CNIC. Madrid.
 (53) H. San Roque. Las Palmas de Gran Canaria.
 (54) H. U. Central de Asturias. Oviedo.
 (55) Parc de Salut MAR. Barcelona.
 (56) C. H. U. de Albacete. Albacete.
 (57) H. U. Rey Juan Carlos de Móstoles. Madrid.





PQ

ORIENTACIÓN MIR

Rendimiento por asignatura (preguntas por página)

2,06

Número medio de preguntas (de los últimos 11 años)

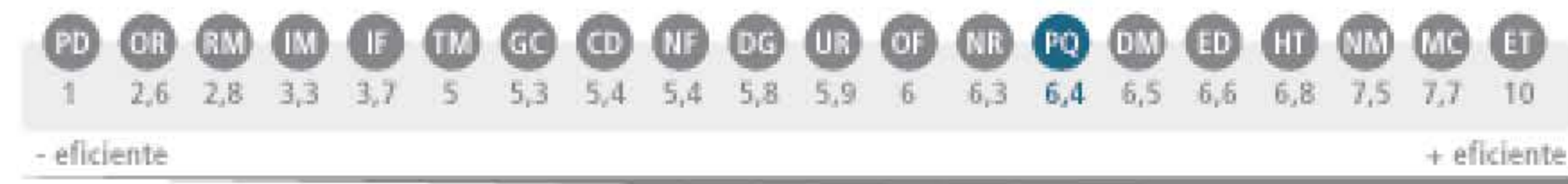
11

Eficiencia MIR (rendimiento de la asignatura corregido por su dificultad en el MIR)

6,4

Disciplina de importancia media en el examen MIR en cuanto al número de preguntas se refiere. No es una asignatura en la que las preguntas se repitan de manera literal con frecuencia, pero sí los temas sobre los que estriban. Presta especial atención a los psicofármacos de los distintos capítulos y estudia sus principales efectos adversos.

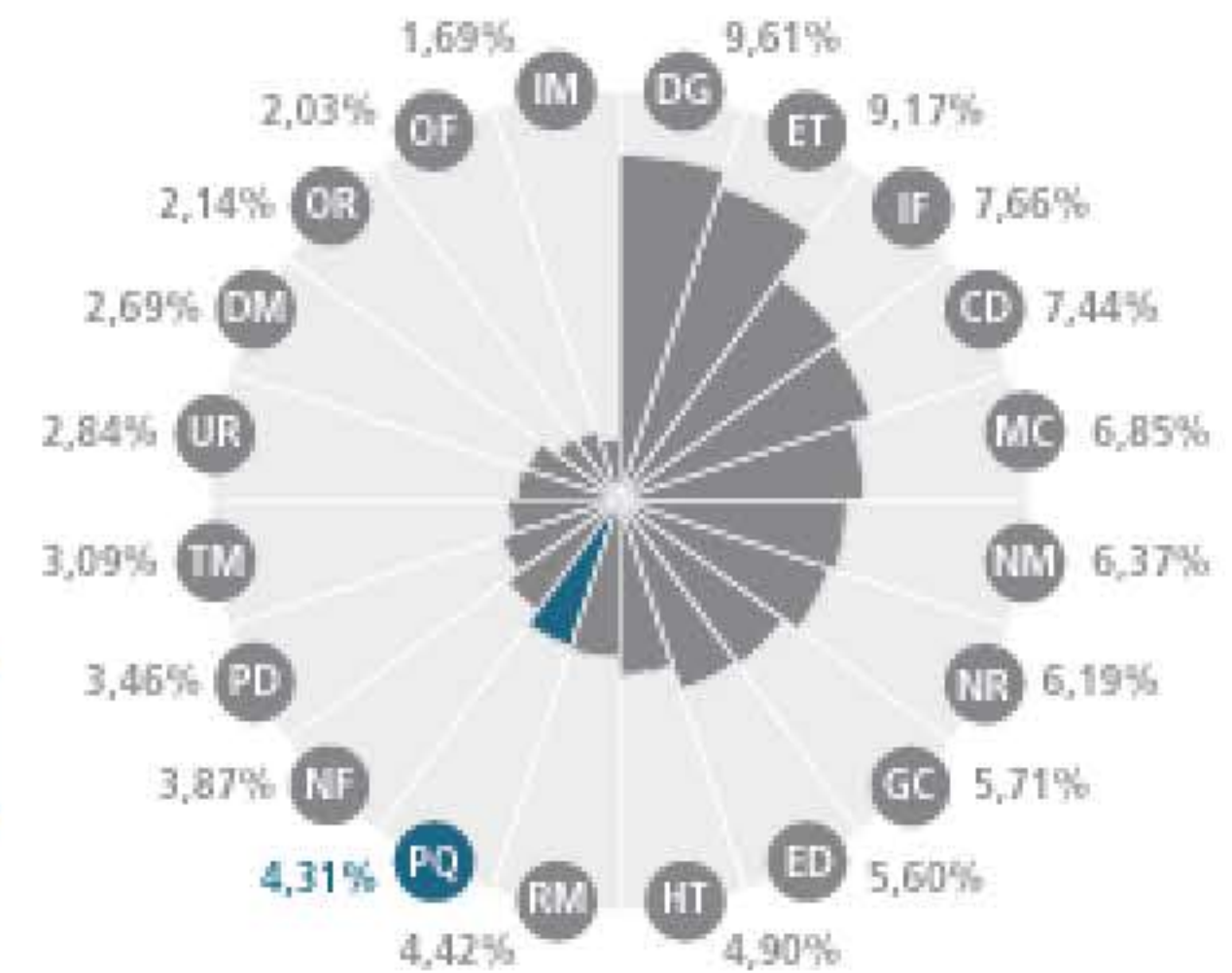
Eficiencia MIR de la asignatura



Tendencia general 2004-2014



Importancia de la asignatura dentro del MIR



Distribución por temas

Tema	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	Total
Tema 3. Trastornos del estado de ánimo	2	5	3	3	6	3	3	4	3	3	2	37
Tema 2. Trastornos psicóticos	2	1	2	1	1	2	2		2	1	2	16
Tema 4. Trastornos de ansiedad	2	1	2	2		2	2	2		1	2	16
Tema 11. Trastornos mentales orgánicos o trastornos cognitivos	1			2	2	2	1		2	1		11
Tema 10. Trastornos por abuso de sustancias	1			2	1	2	1		1	1		9
Tema 13. Trastornos de la personalidad		1	1		2	1	2		1		1	9
Tema 5. Trastornos somatomorfos		1					2		1		1	5
Tema 9. Trastornos de la conducta alimentaria	1	1	1					1		1		5
Tema 14. Trastornos de la infancia y adolescencia	1	1						1	2			5
Tema 1. Introducción		1			1							2
Tema 12. Trastornos del sueño				1					1			2

- TEMA 1 INTRODUCCIÓN**
 - 1.1. Clasificaciones en psiquiatría
 - 1.2. Principales modelos de psicoterapia
 - 1.3. Psicopatología
 - 1.4. Otros conceptos preguntados
- TEMA 2 TRASTORNOS PSICÓTICOS**
 - 2.1. Esquizofrenia
 - 2.2. Trastorno delirante crónico, paranoia o trastorno por ideas delirantes persistentes
 - 2.3. Otros trastornos psicóticos
 - 2.4. Antipsicóticos (APS), neurolepticos o tranquilizantes mayores
- TEMA 3 TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO**
 - 3.1. Síndrome depresivo
 - 3.2. Suicidio
 - 3.3. Síndrome maníaco
 - 3.4. Trastorno bipolar
 - 3.5. Otros trastornos del estado de ánimo
 - 3.6. Tratamientos
- TEMA 4 TRASTORNOS DE ANSIEDAD**
 - 4.1. Trastorno de angustia (*panic disorder* o trastorno de pánico)
 - 4.2. Trastornos fóbicos
 - 4.3. Trastorno de ansiedad generalizada
 - 4.4. Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)
 - 4.5. Trastorno obsesivo-compulsivo
 - 4.6. Benzodiazepinas
- TEMA 5 TRASTORNOS SOMATOMORFOS**
 - 5.1. Trastorno de somatización (síndrome de Briquet)
 - 5.2. Trastorno somatomorfo indiferenciado
 - 5.3. Trastorno por dolor
 - 5.4. Trastorno de conversión
 - 5.5. Trastorno de ansiedad por enfermedad (hipocondría)
 - 5.6. Trastorno somatomorfo no especificado
- TEMA 6 TRASTORNOS DISOCIATIVOS**
- TEMA 7 TRASTORNOS FACTICIOS**
 - 7.1. Trastornos facticios
 - 7.2. Simulación
- TEMA 8 TRASTORNOS DEL CONTROL DE IMPULSOS**
- TEMA 9 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**
 - 9.1. Anorexia nerviosa
 - 9.2. Bulimia nerviosa
 - 9.3. Otros trastornos de la conducta alimentaria
- TEMA 10 TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS**
 - 10.1. Conceptos básicos
 - 10.2. Alcoholismo
 - 10.3. Opiáceos
 - 10.4. Cocaína
 - 10.5. Otras drogas
- TEMA 11 TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS O TRASTORNOS COGNITIVOS**
 - 11.1. Delirium o síndrome confusional agudo
 - 11.2. Pseudodemencia depresiva. Diagnóstico diferencial con las demencias de causa orgánica.
- TEMA 12 TRASTORNOS DEL SUEÑO**
 - 12.1. Sueño normal
 - 12.2. Disomnias
 - 12.3. Parasomnias
- TEMA 13 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**
 - 13.1. Trastornos de la personalidad grupo A
 - 13.2. Trastornos de la personalidad grupo B
 - 13.3. Trastornos de la personalidad grupo C
- TEMA 14 TRASTORNOS DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA**
 - 14.1. Retraso mental
 - 14.2. Autismo

**PQ**

PSIQUIATRÍA

Curiosidad

La lobotomía es uno de los mayores errores de la Medicina moderna. Los primeros procedimientos los realizaron Moniz y Lima en la Universidad de Lisboa en 1935. Pese a una mortalidad del 6%, y una eficacia demostrada únicamente en un chimpancé, Moniz y Lima afirmaban tener buenos resultados. La técnica fue popularizada por el estadounidense Freeman, que no era cirujano y realizaba el procedimiento sin condiciones de asepsia y con un picahielos, viajando a lo largo del país en su furgoneta personal ("lobotomobile"). Se estima que unos 50.000 pacientes fueron lobotomizados. La última lobotomía legal se realizó en 1967.

TEMA 1

INTRODUCCIÓN

Enfoque MIR

Lo más importante es la tabla de diagnóstico diferencial de las alteraciones de la percepción.

La psiquiatría es una especialidad un poco distinta. Hay pocas exploraciones complementarias, pocos signos patognomónicos y los tratamientos se confunden con facilidad.

1.1. Clasificaciones en psiquiatría

Las dos clasificaciones que hay que conocer son:

DSM

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría, la edición más reciente es el DSM-5 (quinta edición) publicada en 2013.

Frente a su edición anterior, de 2002, los cambios más notables son:

- Desaparece el sistema de clasificación multiaxial de los trastornos mentales (ejes I a V).
- Reubicación de algunos trastornos mentales en nuevos grupos.
- Se requieren especificadores así como el grado de severidad.
- Incluye una sección 3 donde introduce propuestas de investigación y herramientas diagnósticas.

CIE-10

Clasificación Internacional de Enfermedades-Décima Revisión. Es la clasificación europea. Utilizada por la OMS.

1.2. Principales modelos de psicoterapia

Psicoanálisis o terapia psicodinámica

Centrado en el inconsciente y en los mecanismos intrapsíquicos de resistencia, transferencia y deseo. Se parte del supuesto de explorar en el sujeto mecanismos inconscientes que han dejado conflictos intrapsíquicos sin resolver, que dan lugar a síntomas psiquiátricos. Se usa en trastornos neuróticos, más en América que en Europa.

El principal autor y creador de esta corriente es Sigmund Freud.

Humanística

Se centra en la búsqueda de la integración, del sentido y del lugar social y personal del ser humano. Derivada del psicoanálisis, se separó de éste.

Conductual

Basada en la teoría del aprendizaje, se centra en cambios de conducta ante situaciones de conflicto. Busca resolver situaciones concretas sin explorar sus causas sino centrándose en cambiar conductas que pueden ser desadaptativas. Muy usada en fobias, trastornos de angustia, trastornos alimentarios, adicciones, trastornos de control de impulsos, trastornos obsesivos.

Cognitiva

Basada en la identificación de pensamientos erróneos y corrección de las distorsiones irracionales. Buscan cambiar la manera que el sujeto tiene de interpretar la realidad, de forma que se ofrezcan pensamientos alternativos que puedan ser más útiles para resolver conflictos. No pretende encontrar los orígenes de los trastornos sino buscar su solución. Suele combinarse con la terapia conductual. Tiene las mismas indicaciones que aquella y además se usa también mucho en trastornos depresivos y en trastornos de personalidad.

Sistémica

Centrada en el sistema de relaciones del sujeto, básicamente familiares. Deriva del psicoanálisis y busca intervenir en el sistema familiar para centrarse en resolver los conflictos de adaptación.

1.3. Psicopatología

La exploración psicopatológica es un examen sistemático de las distintas esferas de las funciones psíquicas:

Trastornos de la orientación

Deben valorarse los distintos campos de la orientación:

- Respecto al **lugar**.
- Respecto al **tiempo**.
- Respecto de la **propia persona**.

Se refiere a la conciencia sobre la unidad, la continuidad y la identidad de cada uno.

Trastornos de la psicomotricidad

- **Inhibición psicomotriz**.

Desde un ligero entecimiento psicomotor, hasta el estupor o la catatonía.

- **Agitación psicomotriz**.

Desde la inquietud hasta una verdadera agitación.

TEMA 2 TRASTORNOS PSICÓTICOS

Enfoque MIR

La esquizofrenia es importante. Las preguntas más frecuentes son sobre clínica y subtipos. Recordar los criterios de duración de la enfermedad, que suelen preguntarse como casos clínicos. Las hipótesis etiológicas no suelen preguntarse, aunque es posible que caiga algo sobre la hipótesis del neurodesarrollo, la más refrendada. Prevalencia y edades de comienzo pueden preguntarse.

2.1. Esquizofrenia

Concepto

La esquizofrenia es una enfermedad psicótica **deteriorante** que se caracteriza por alteraciones de la forma y contenido del pensamiento, la afectividad, la conducta y el funcionamiento social y laboral del sujeto enfermo (**MIR**). Sus presentaciones clínicas son variadas y el curso es habitualmente **crónico**.

Existen dos factores comunes que definen a la persona con un trastorno esquizofrénico:

1. El tipo de relaciones que el individuo mantiene con el entorno.
2. La no conciencia de enfermedad propia, sino de trastorno impuesto (**MIR**).

Epidemiología

La prevalencia de la esquizofrenia es similar en todo el mundo, aproximadamente el 1% de la población general (entre 0,5-1,5%) (**MIR**), siendo la incidencia anual de un 0,5 a 5 por 100.000 habitantes.

No hay diferencias entre sexos, culturas ni etnias.

Mayor frecuencia en estratos socioeconómicos bajos, por peores cuidados durante la gestación y el parto.

Existe agregación familiar; la edad de comienzo más frecuente es entre 18 y 25 años en hombres y entre 25 y 35 en mujeres.

Etiología

Desconocida. Sin embargo, hay evidencias de distinto tipo:

- Factores genéticos.
- Sufrimiento perinatal más frecuente en esquizofrénicos que en población general, con posibles lesiones en el SNC.
- Alteraciones neuroquímicas:
 - Hiperactividad dopaminérgica en la producción de síntomas positivos.
 - Alteración de serotonina (síntomas afectivos y alucinaciones).
- **Hipótesis del neurodesarrollo.** Hay evidencias de una migración anormal de las neuronas del lóbulo frontal durante el segundo trimestre de gestación. Alteraciones de la mediación glutamatérgica del desarrollo neuronal en la adolescencia darían lugar a la aparición de la clínica. Esta teoría es hoy la que despierta mayor interés.
- **Hipótesis infecciosas.** Existen evidencias de la acción de virus lentos en el cerebro del esquizofrénico, iniciada probablemente durante la gestación. La estacionalidad del nacimiento (meses de invierno) se relaciona con este hallazgo.
- Los factores sociales y los familiares (crianza) no causan esquizofrenia.

Clínica

Los síntomas de la esquizofrenia se clasifican de manera práctica en **positivos y negativos**.

Síntomas positivos

Suponen un exceso o distorsión de funciones normales y abarcan:

- Ideas delirantes.

De contenido variado:

- De persecución.
- De referencia (el sujeto cree que medios de comunicación o personas desconocidas aluden a él).
- De perjuicio.

Estas tres anteriores son las más frecuentes (**MIR**).

• Otras.

Somáticas (creencia en cambios corporales); religiosas (comunicación con Dios); de robo, inserción, control del pensamiento; o de grandiosidad (creencia en que se le reserva un destino especial, o que es un personaje privilegiado).

- Alucinaciones.

Las principales y más frecuentes son las alucinaciones y pseudoalucinaciones **auditivas (MIR)**: voces que hablan del sujeto o que se dirigen a él (**MIR**).

Mucho menos frecuentes, las cenestésicas (táctiles, como ser tocado, o penetrado en el interior del organismo) y en raras ocasiones visuales, cuya presencia obliga, de hecho, a descartar cuadros exógenos: consumo de alucinógenos o presencia de enfermedad orgánica cerebral o sistémica (**MIR**).

- Trastornos del lenguaje / curso del pensamiento.

El lenguaje traduce una desestructuración del pensamiento. Las alteraciones más frecuentes son:

- Descarrilamiento (el discurso "pierde el hilo").
- Respuestas tangenciales (las respuestas guardan relación sólo escasa con las preguntas).
- Bloqueos del pensamiento.
- Incoherencia (desorganización en la estructura del lenguaje que es incomprendible). Ha sido considerado por algunos autores como la característica simple más importante de la esquizofrenia (**MIR**).
- Más raramente presencia de neologismos.

- Signos neurológicos menores (**MIR 09, 163**).

Los pacientes con esquizofrenia muestran una prevalencia mayor que la de la población normal de **signos neurológicos menores**. Éstos representan realizaciones anómalas en tests neurológicos no específicos (no se corresponden con una lesión claramente localizable a diferencia de los signos neurológicos mayores). Algunos ejemplos de estos signos son la distinción derecha-izquierda, la estereognosia, la grafestesia, la alteración en la oposición del pulgar y movimientos en espejo en la mano contraria, la disdiadococinesia, etc.

Síntomas negativos (**MIR 09, 164; MIR 08, 157**)

Suponen un déficit de funciones normales, son:

- Aplanamiento afectivo.

El sujeto se muestra indiferente, apático y distante.

- Alogia.

Déficit de la producción del pensamiento y fluidez verbal; el lenguaje se empobrece y se hace ininteligible.

TEMA 3

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Enfoque MIR

Tema muy importante. Son muy frecuentes las preguntas de clínica y diagnóstico diferencial. Repetidísimas las de suicidio. Poco importantes las prevalencias.

El término **humor** se refiere al estado anímico dominante en un periodo largo: semanas o meses.

El término **afecto** se refiere al estado anímico presente en un momento concreto.

El término **emoción** es el componente somático del afecto.

Se distinguen **dos grandes síndromes**, el depresivo y el maníaco, cuyas variaciones y combinaciones darán lugar a los diversos trastornos.

3.1. Síndrome depresivo

Este síndrome reúne una serie de síntomas que en mayor o menor grado son comunes a todos los trastornos de tipo depresivo.

Los síntomas han de estar presentes un periodo mínimo de **dos semanas**, ya que menos tiempo puede entrar en una tristeza normal (MIR 08, 161).

Dos síntomas son imprescindibles para hablar de depresión y al menos uno de ellos ha de estar presente siempre que se use ese término: el estado de ánimo depresivo y/o la pérdida de interés o capacidad de sentir placer.

Depresión endógena vs reactiva

Hace referencia a la distinción entre depresiones biológicas o endógenas y depresiones psicosociales o reactivas en función de su etiología. Las endógenas presentan sintomatología vegetativa y mayor gravedad clínica, así como riesgo de suicidio.

Depresión psicótica vs neurótica

Esta distinción hace referencia a la gravedad clínica. En las primeras existe clínica psicótica con delirios (de culpa, ruina, enfermedad...) y alucinaciones (voces), y en la segunda se designan depresiones "ligeras", secundarias a trastornos de la personalidad u otro tipo de trastorno. Poco utilizada esta distinción en la actualidad.

Depresión unipolar vs bipolar

Es una distinción meramente descriptiva, en los trastornos unipolares únicamente hay episodios depresivos sin que existan episodios de manía. La depresión bipolar tiene más riesgo de psicosis y suicidio que la unipolar.

Depresión primaria vs secundaria

Primario se refiere a que aparece de forma independiente a un cuadro clínico afectivo, mientras que secundario se refiere a que aparece tras una alteración médica o psicológica. Mayor riesgo de suicidio en los trastornos primarios.

Clínica (MIR)

Síntomas anímicos

- Tristeza.

Estado de ánimo bajo la mayor parte del día, sintiéndose vacío, desanimado, desesperanzado o bien con signos objetivos de tristeza, como llanto frecuente e inmotivado. En episodios graves, la tristeza puede dar paso a una "anestesia afectiva" con indiferencia hacia el entorno e incapacidad para implicarse emocionalmente en nada.

- Irritabilidad.

Más frecuente en niños o adolescentes.

- Anhedonia.

Incapacidad absoluta para experimentar placer, abandonando toda actividad en este sentido (MIR 04, 161). Casi siempre incluye disminución de la libido y del interés sexual. La anhedonia se considera **equivalente al humor depresivo**. A estos cuadros clínicos donde la tristeza está aparentemente ausente, y que suelen consistir en sensaciones físicas de malestar (cansancio, apatía, fatiga, pérdida de interés, en ocasiones dolor...) se les ha denominado en ocasiones "depresión sin depresión" (*depressio sine depressione*) o "depresiones enmascaradas".

Síntomas somáticos

- Pérdida acusada de peso o apetito.

- Alteración del sueño.

Insomnio (lo más frecuente). En las depresiones más graves o melancólicas hay varios signos típicos, como despertar precoz y **empeoramiento matutino** del estado de ánimo, que mejora hacia la última hora de la tarde (MIR), coincidiendo con el ritmo circadiano de **cortisol**. La hipersomnia es mucho menos frecuente, formando parte de los síntomas atípicos.

- Fatiga o pérdida de energía diaria y persistente.

- Alteraciones sexuales.

De forma coherente con los síntomas somáticos, puede haber un aumento de quejas físicas, referidas a molestias, dolores y trastornos vagos e inconcretos:

- Depresión con síntomas atípicos.

Se caracteriza por una **reactividad** del estado de ánimo –es decir, que dentro de la tristeza el sujeto es capaz de alegrarse o entristecerse según los acontecimientos de su entorno–. Aparecen dentro de depresiones de baja intensidad en personas con rasgos previos de personalidad anómalos (dependiente, histriónico). Otros síntomas atípicos son:

- Aumento de peso y apetito.
- Hipersomnia.
- Sensación de pesadez corporal.
- Sensibilidad al rechazo social.

Tradicionalmente se ha descrito la eficacia de los antidepresivos **IMAO** en la depresión atípica, si bien su uso en general está muy limitado hoy en día dado sus efectos secundarios.

Síntomas del pensamiento

- **Visión negativista** del presente, el pasado y el futuro.

- Pensamientos recurrentes de **muerte**, o ideas **suicidas**, sin planes específicos para suicidarse.

TEMA 4 TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Enfoque MIR

Se preguntan bastante, casi siempre como casos clínicos. Más que ir al detalle, lo importante es tener clara la idea de cuál es uno y otro, porque casi siempre en las preguntas lo que se pretende es que se llegue a diagnósticos. Si uno se fija, son sencillos de diferenciar.

La ansiedad es un estado normal caracterizado por activación de la alerta y preparación psicofísica ante una expectativa de respuesta a un estímulo del ambiente. Se acompaña de cambios físicos, expresión de activación adrenérgica. Es patológica cuando no existe estímulo desencadenante proporcional o cuando su intensidad es exagerada y motiva un estado de discomfort intenso en el individuo.

Los trastornos de ansiedad son los problemas psiquiátricos más comunes y extendidos en la población general (MIR 06, 157), con una prevalencia en la población general del 17,7%.

Son más frecuentes en mujeres y su incidencia disminuye con la edad. El abuso de alcohol es una complicación grave y frecuente (MIR). Es importante recordar que los trastornos de ansiedad pueden asociar síntomas depresivos o psicósomáticos, e incluso conllevar conductas suicidas, pero, sin embargo, **no asocian síntomas psicóticos** (delirios, alucinaciones, etc.) (MIR 14, 222; MIR 14, 225).

El más común es la fobia simple o específica. El que causa más asistencias médicas de urgencias es el trastorno de angustia.

El **DSM-5** ha cambiado la clasificación de los trastornos de ansiedad. En la nueva edición el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), los trastornos disociativos y los trastornos por estrés agudo y estrés postraumático aparecen cada uno en un capítulo diferente (al considerar que tienen entidad suficiente para constituir su propio grupo).

TRASTORNOS DE ANSIEDAD	TOC Y TRASTORNOS RELACIONADOS	TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL TRAUMA Y EL ESTRÉS
<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad por separación - Mutismo selectivo - Fobia específica - Fobia social - Trastorno de pánico - Agorafobia - T. de ansiedad generalizada 	<ul style="list-style-type: none"> - TOC - T. dismórfico corporal - T. de acumulación - Tricotilomanía - T. de excoriación 	<ul style="list-style-type: none"> - T. por apego reactivo - T. de relación social desinhibida - T. de estrés postraumático - T. de estrés agudo - T. de adaptación

Tabla 1. Nueva organización de los trastornos de ansiedad según el DSM-5. T = trastorno

Crisis de angustia (MIR 11, 146; MIR)

Pueden aparecer en el curso de varios trastornos de ansiedad. Así, el DSM-5 lo considera especificador de cualquiera de los otros trastornos de angustia. Son episodios aislados, bruscos y autolimitados, de 15-30 minutos de duración, de miedo intenso, en ausencia de peligro real, que se acompañan de al menos **cuatro** de los siguientes **trece** síntomas que se detallan en la siguiente tabla:

SÍNTOMAS DE LA CRISIS DE ANGSTIA

- Palpitaciones, taquicardia.
- Sudación.
- Temblor o sacudidas.
- Sensación de ahogo o falta de aliento.
- Sensación de atagantarse.
- Opresión o malestar torácico.
- Náuseas o dolores abdominales.
- Inestabilidad, desmayo o mareo.
- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (sensación de separarse de sí mismo).
- Miedo a perder el control o enloquecer.
- Miedo a morir.
- Parestesias.
- Escalofríos o sofocaciones.

Tabla 2. Síntomas de la crisis de angustia.

Estas crisis se pueden presentar de manera inesperada, o bien en relación con situaciones determinadas que sean causa de ansiedad.

La prevalencia en la población general es del 3-6%.

Se presentan al inicio de la edad adulta; la edad media de presentación es de 25 años (MIR).

4.1. Trastorno de angustia (*panic disorder* o trastorno de pánico)

Presencia de crisis de angustia **recurrentes** e **inesperadas** con un periodo de al menos un mes de preocupaciones persistentes centradas en el temor a que aparezcan nuevas crisis, o bien de cambios en la vida del sujeto relacionados con estas crisis (evitar determinadas situaciones, p. ej.), o temores relacionados con los síntomas de las crisis (miedo a tener un infarto, o a volverse loco, p. ej.) (MIR).

Al progresar el trastorno suele acompañarse de un aumento de la ansiedad generalizada, con pensamientos y temores aprensivos.

Las primeras crisis suelen producirse sin desencadenante y es al repetirse cuando se ligan a situaciones de estrés, dando lugar a conductas de evitación. La mayor parte de las veces las crisis no se asocian a situaciones concretas o a un suceso claramente identificable (MIR).

La agorafobia sin trastorno de angustia es la persistencia de miedo intenso a repetir crisis en situaciones típicamente agorafóbicas sin llegar no obstante a desarrollar crisis de angustia completas.

La **prevalencia** es del 1,5-5%, menor que la de las crisis de angustia aisladas. Más frecuente en mujeres (3:1).

La comorbilidad es muy frecuente, especialmente con depresión; también con otros trastornos de ansiedad (generalizada, fobias) o con trastornos de personalidad y abuso de sustancias.

Etiología

- Factores genéticos.
- Mayor prevalencia en familiares de primer grado. Se han

TEMA 5

TRASTORNOS SOMATOMORFOS

Enfoque MIR

Lo importante es entender los conceptos para saber diferenciar los trastornos. Si se preguntan será en forma de casos, para hacer diagnóstico diferencial. Han salido más a menudo el trastorno dismórfico corporal y la hipocondría.

Son un grupo de trastornos que tienen en común presentarse como **síntomas físicos** que sugieren una enfermedad médica, sin que sin embargo las pruebas complementarias, los hallazgos de la exploración y los mecanismos fisiopatológicos apoyen la presencia de enfermedad física (**MIR 10, 148**). Se consideran más frecuentes en personas a quienes les cuesta identificar y expresar verbalmente sus emociones (alexitimia).

Nunca se trata de simulación ni son síntomas producidos voluntariamente (**MIR 05, 162**).

El paciente se queja de problemas físicos sin reconocer habitualmente alteraciones psíquicas.

La mayoría de estos trastornos y especialmente el trastorno de somatización y el de conversión corresponden a la antigua Histeria (**MIR**), término ausente en las clasificaciones actuales. Aunque no es probable, en el MIR pueden referirse a ellos como síntomas histéricos, histriónicos, histeria o sinónimos.

5.1. Trastorno de somatización (síndrome de Briquet)

Cursa con múltiples quejas sobre **diversos síntomas físicos**, empezando antes de los 30 años. La sucesión de síntomas, casi siempre exclusivamente subjetivos, se prolonga durante años.

Es causa de múltiples asistencias médicas y exploraciones complementarias y llega a deteriorar el funcionamiento social y laboral del sujeto (**MIR**).

Incluso si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro sociolaboral son excesivos a lo que cabría esperar en casos habituales.

Para asentar este diagnóstico se exige que en la historia estén presentes a lo largo del tiempo:

- Cuatro síntomas de dolor, con localizaciones distintas.
- Dos síntomas gastrointestinales:
Diarrea, vómitos, dispepsia, pirosis, náuseas, etc.
- Un síntoma sexual:
Indiferencia sexual, disfunción eréctil, menstruaciones irregulares o dismenorrea, etc.
- Un síntoma pseudoneurológico:
Cefaleas, dificultad para deglutir, alteración de la sensibilidad, inestabilidad, mareos, pérdida de visión, sordera, etc.

La **prevalencia** es del 2% en mujeres y 0,2% en hombres.

Es muy frecuente la **comorbilidad** con ansiedad o clínica depresiva, que les conduce finalmente al psiquiatra. Puede haber **trastornos de personalidad** de base. Es frecuente el abuso de fármacos y también el consumo de sustancias de abuso.

Entre los familiares de primer grado, existe un 10-20% de parientes con el mismo diagnóstico.

El **tratamiento** se basa en la intervención de un solo médico que evite realizar exploraciones innecesarias. Se usan antidepresivos o ansiolíticos según la comorbilidad.

5.2. Trastorno somatomorfo indiferenciado

Presencia de uno o más síntomas físicos **durante más de seis meses** sin causa de enfermedad que los justifique, con deterioro sociolaboral del sujeto.

Se diferencia del trastorno de somatización en que no requiere tantos síntomas ni ha de empezar antes de los 30 años.

Es más frecuente en mujeres y en niveles socioculturales bajos.

5.3. Trastorno por dolor

La única queja del paciente es el **dolor** en una o más zonas del cuerpo, sin hallar enfermedad médica que lo justifique o bien cuando la hay, la intensidad y déficit causados por el dolor son superiores claramente a lo que cabría esperar.

Como en todos los trastornos somatomorfos hay un deterioro en el funcionamiento sociolaboral.

El dolor ocupa un lugar central en la vida del sujeto, le impide desempeñar sus obligaciones e interfiere en sus relaciones (**MIR**).

Es frecuente el abuso de fármacos.

La **comorbilidad** con depresión y ansiedad es frecuente.

Es más frecuente en mujeres y aparece a cualquier edad. Tiende a cronificarse.

Se distinguen las formas agudas, de menos de seis meses, y las crónicas, de más de seis meses de duración.

En el **tratamiento** se usan antidepresivos según la comorbilidad.

Recuerda...

El DSM-5 engloba el trastorno de somatización, el trastorno somatomorfo indiferenciado y el trastorno por dolor en un solo concepto: trastorno por síntomas somáticos. Se define como uno o más síntomas físicos que causan: pensamientos desproporcionados de gravedad, ansiedad elevada y empleo excesivo de tiempo y energía consagrados al síntoma.

5.4. Trastorno de conversión

Presencia de uno o más síntomas que afectan **funciones motoras o sensoriales**, sugerentes de enfermedad **neurológica**.

Suele tratarse de déficits sensoriales o motores de aparición **brusca** (**MIR 12, 159**), como debilidad o parálisis de un miembro, sordera, ceguera, afasia, o movimientos anormales (pseudocrisis o convulsiones) o formas mixtas.

Es característico que la presentación sintomática y los hallazgos de la exploración presenten una **incoherencia anatómica** con lo que sería de esperar.

TEMA 6

TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Enfoque MIR

Se han preguntado poco. Si salen será más frecuente como diagnóstico diferencial en forma de casos. Quédate con las ideas generales; si tienes tiempo, ve a los detalles.

Grupo de trastornos en los que se produce una separación de contenidos o funciones de la conciencia. Es decir, funciones que están normalmente integradas como la memoria, la identidad o la orientación se separan del resto, dando lugar a cuadros diferentes.

Son trastornos que, como los somatomorfos, se engloban en el antiguo concepto de Histeria. En la CIE se encuadran en el mismo grupo que los trastornos conversivos, con los que tiene muchos puntos en común:

- Su aparición es brusca.
- Tienen una causa psicógena, ligados a acontecimientos traumáticos, ante los que la conciencia "escapa" buscando una defensa ante la angustia.
- Son procesos inconscientes.

No tienen **tratamiento** específico. Se usan ansiolíticos como soporte. La hipnosis se ha usado en algunos casos con éxito.

Se distinguen:

Amnesia disociativa

Pérdida de memoria global o de una parte de la misma (a menudo la ligada a acontecimientos traumáticos) de aparición brusca y no justificada por causa orgánica (lesión cerebral, epilepsia temporal, palimpsesto alcohólico, abuso de BZD). Puede acompañarse de fuga disociativa o no.

Es el trastorno más frecuente y se puede asociar a otros trastornos disociativos. La recuperación suele ser rápida, brusca y completa.

Fuga disociativa

El sujeto emprende un viaje a veces largo, con amnesia parcial o total de su pasado y de los motivos que le han impulsado a hacerlo (incluso olvidando su identidad o adoptando una nueva). Se asocia también a acontecimientos traumáticos o vivencias muy estresantes.

También es necesario un diagnóstico diferencial con causas orgánicas (consumo de tóxicos –alcohol–, epilepsia del lóbulo temporal, etc.). La recuperación es brusca y completa.

Trastorno de identidad disociativa (personalidad múltiple)

Es un trastorno muy raro cuya existencia misma se discute fuera de los EE.UU. El sujeto se comporta como si poseyera dos o más personalidades independientes, cada una ignorante de la otra, cambiando bruscamente. Existe con frecuencia historia de abuso sexual infantil. El diagnóstico diferencial es con epilepsia temporal y uso de sustancias.

Trastorno por despersonalización/desrealización

Ambos son muy frecuentes y se asocian sobre todo a la **ansiedad**. Pueden verse también en episodios depresivos, en esquizofrenia, en epilepsia temporal o con el uso de sustancias.

- La **despersonalización** es la experiencia en que el sujeto se siente separado de sí mismo, como observándose desde fuera de sí (**MIR**).
- La **desrealización** es la experiencia de sentir el mundo ajeno e irreal, como si se viviera en un sueño o una película.

Estas experiencias aisladas son muy frecuentes, de manera que hasta un 25% de la población general las ha experimentado alguna vez, en circunstancias estresantes.

Constituyen un trastorno cuando se producen de forma repetida e interfieren en la vida del sujeto.

No tiene tratamiento específico (tranquilizar e informar que no son graves) y se usan ansiolíticos de apoyo si es preciso.

Otros trastornos disociativos

Algunos síndromes de presentación exclusiva en algunas culturas presentan clínica disociativa. Las experiencias de trance y posesión, ligadas a rituales y creencias religiosas.

Estupor disociativo

Es una desconexión del ambiente (aparente coma) con recuperación espontánea y que aparece tras conflictos o vivencias de ansiedad intensa. Se recupera espontáneamente de forma rápida.

Síndrome de Ganser

Es un estado confusional con desorganización del lenguaje, respuestas aproximadas, perplejidad, alucinaciones, que semeja una demencia y aparece bruscamente en situaciones de estrés en sujetos con trastornos de personalidad. Se describió inicialmente en prisioneros, como una reacción de escape frente a la angustia.

TEMA 7 TRASTORNOS FACTICIOS

Enfoque MIR

Quédate con la diferencia entre facticio y simulación.

En estos trastornos existe la **voluntad** deliberada por parte del sujeto de fingir síntomas físicos y/o psíquicos o de producir signos de enfermedad. Al contrario que en los trastornos somatomorfos, los síntomas son voluntarios (**MIR**).

7.1. Trastornos facticios

El sujeto quiere adquirir el "rol de enfermo" por la **necesidad psicológica** de recibir cuidados.

No existe un beneficio material directo, como la percepción de pensiones o indemnizaciones.

Son frecuentes los cuadros neurológicos, como las convulsiones, el coma; los psiquiátricos que refieren síntomas de esquizofrenia; los dermatológicos, con producción de lesiones visibles; la fiebre de origen desconocido; hematológicos, con anemias inexplicables...

Los pacientes se someten sin importarles a exploraciones e incluso a intervenciones quirúrgicas innecesarias.

"Síndrome de Münchausen"

(Como el personaje de cuento, que inventaba embustes)

Es una variedad en la que el paciente inventa historias clínicas abigarradas, con un conocimiento importante de los síntomas, y "viaja" de centro en centro donde casi siempre es ingresado durante tiempo y sometido a exploraciones repetidas y costosas.

"Síndrome de Münchausen por poderes" (**MIR**)

Constituye una forma de maltrato infantil. El paciente es un niño, menor de seis años, en quien los padres (más frecuentemente la madre) producen deliberadamente síntomas facticios.

La clínica suele ser frecuentemente en forma de cuadros abdominales o digestivos, y hemorrágicos. La madre muestra gran preocupación por el estado de salud del niño y no suele levantar sospecha en el personal sanitario. Es posible que tenga historia previa de hijos muertos o ingresados en diferentes hospitales.

Estos cuadros son muy difíciles de tratar y a menudo escapan de los contactos con el psiquiatra, debemos sospecharlos cuando haya antecedentes de numerosas hospitalizaciones. En el manejo es fundamental la asistencia psiquiátrica de la madre.

DIAGNÓSTICO	PRESENTACIÓN CLÍNICA
Trastorno de somatización	Polisintomática Recurrente y crónica Antecedentes de persona enfermiza
Trastorno de conversión	Monosintomática Básicamente aguda Simula una enfermedad neurológica
Hipocondría	Preocupación por una enfermedad No síntomas físicos de enfermedad
Trastorno dismórfico corporal	Sentimientos subjetivos de fealdad o preocupación por un defecto corporal
Trastorno por dolor	Síndrome de dolor simulado
En los anteriores trastornos: - Existe motivación psicológica inconsciente. - No existe producción voluntaria de síntomas.	
Trastornos facticios	Producción voluntaria de síntomas Sin motivación
Simulación	Producción voluntaria de síntomas Motivación externa (económica...)

Tabla 1. Trastornos con síntomas físicos sin causa somática. Adaptado de: Kaplan y Sadock. Sinopsis de psiquiatría, 10.ª edición (2009).

7.2. Simulación

No es una enfermedad sino una conducta delictiva en la que alguien finge padecer una enfermedad para obtener un **beneficio económico o laboral**. La búsqueda de esta recompensa la distingue del trastorno facticio. Es frecuente la presencia de trastornos de personalidad antisocial.

TEMA 8

TRASTORNOS DEL CONTROL DE IMPULSOS

Enfoque MIR

Son raros, quédate con la idea y conoce los que hay.

Grupo de trastornos en los que lo fundamental es la **dificultad de resistirse a un impulso**, una motivación o una tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para sí mismo o para los demás. En todos hay una sensación de activación o **tensión interior** antes de llevar el acto a cabo y una sensación de placer, **liberación** o gratificación cuando se realiza. Puede o no haber después sentimientos de arrepentimiento y de culpa.

En todos ellos se han hallado concentraciones disminuidas de 5-Hidroxiindolacético (5-HIAA, metabolito de la **serotonina**) en LCR, por lo que se supone la existencia de una baja actividad serotoninérgica.

Presentan comorbilidad con el abuso de sustancias y los trastornos obsesivos (características similares).

Conductas de tipo impulsivo se asocian al trastorno por déficit de atención del adulto, la epilepsia o el retraso mental.

En todos ellos el **tratamiento** se realiza con **psicoterapia cognitivo-conductual**. Los fármacos serotoninérgicos (**ISRS**) pueden ser de ayuda. En los últimos tiempos se están presentando múltiples estudios sobre la eficacia de los antiepilépticos (**topiramato, oxcarbamacepina**). También se utiliza el litio y, en menor medida, los betabloqueantes.

Se distinguen:

Trastorno explosivo intermitente

Comienzo desde la pubertad hasta los 20 años. Episodios aislados con descontrol de impulsos **agresivos**, ira y **violencia** hacia objetos o personas. Es raro.

Cleptomanía

Impulso irresistible de **robar** objetos que no son necesarios ni económicamente valiosos.

Piromanía

Provocación recurrente de **incendios** por placer, gratificación o liberación de la tensión.

Ludopatía

Comportamiento desadaptado de **juego** recurrente y persistente que conlleva a menudo deterioro económico, social y personal.

Potomanía

Ingesta compulsiva de **agua**. Presentan alto riesgo de alteraciones hidroelectrolíticas, como hiponatremia por dilución, con consecuencia de edema cerebral y coma. Puede ocurrir en esquizofrenias y también en anorexia nerviosa, cuando la paciente bebe para obtener sensación de saciedad.

Trastorno de control de impulsos no especificado

Otros trastornos como pellizcarse la piel, etc., de características comunes a los reseñados.

TEMA 9

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Enfoque MIR

En los últimos años se preguntan bastante, criterios clínicos y complicaciones sobre todo.

9.1. Anorexia nerviosa

Criterios clínicos (MIR)

1. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal.
Peso inferior al 85% de lo esperable (MIR), o fracaso para conseguir el aumento normal del periodo de crecimiento. **El índice de masa corporal** o de Quetelet (peso en kg/altura al cuadrado) es inferior a 17,5 (valor normal de 19 a 24).
2. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, acompañado de comportamientos dirigidos a la pérdida de peso, estando incluso por debajo del peso normal.
3. Alteración de la percepción del peso y silueta corporales, con negación del peligro que comporta el bajo peso corporal (MIR).
La autoestima depende de forma central del peso y el aspecto percibidos.

Recuerda...

Anteriormente se consideraba la amenorrea de ≥ 3 meses consecutivos como criterio clínico para el diagnóstico de anorexia nerviosa, pero ya no se considera necesario en el DSM-5.

En varones la pérdida de deseo y potencia sexual son equivalentes a la amenorrea.

Característicamente existe una conducta de negación de la existencia de enfermedad. Las pacientes no reconocen problema alguno y es su familia quien suele forzar la actuación médica (MIR).

Las pacientes suelen disimular su aspecto con ropas anchas y se alteran las percepciones corporales de hambre o de fatiga (MIR).

Tipos clínicos

Tipo restrictivo

La paciente restringe la cantidad y calidad de los alimentos ingeridos, y realiza actividad física y ejercicio excesivos (MIR), sin presentar atracones ni recurrir a purgas (uso excesivo de laxantes, vómitos, diuréticos o enemas).

Tipo purgativo/compulsivo

Junto a la restricción alimentaria hay conducta de atracones y recurso a purgas (vómitos, laxantes, diuréticos).

En el tipo purgativo es más frecuente la comorbilidad con trastornos del control de impulsos, abuso de sustancias y trastorno límite de personalidad.

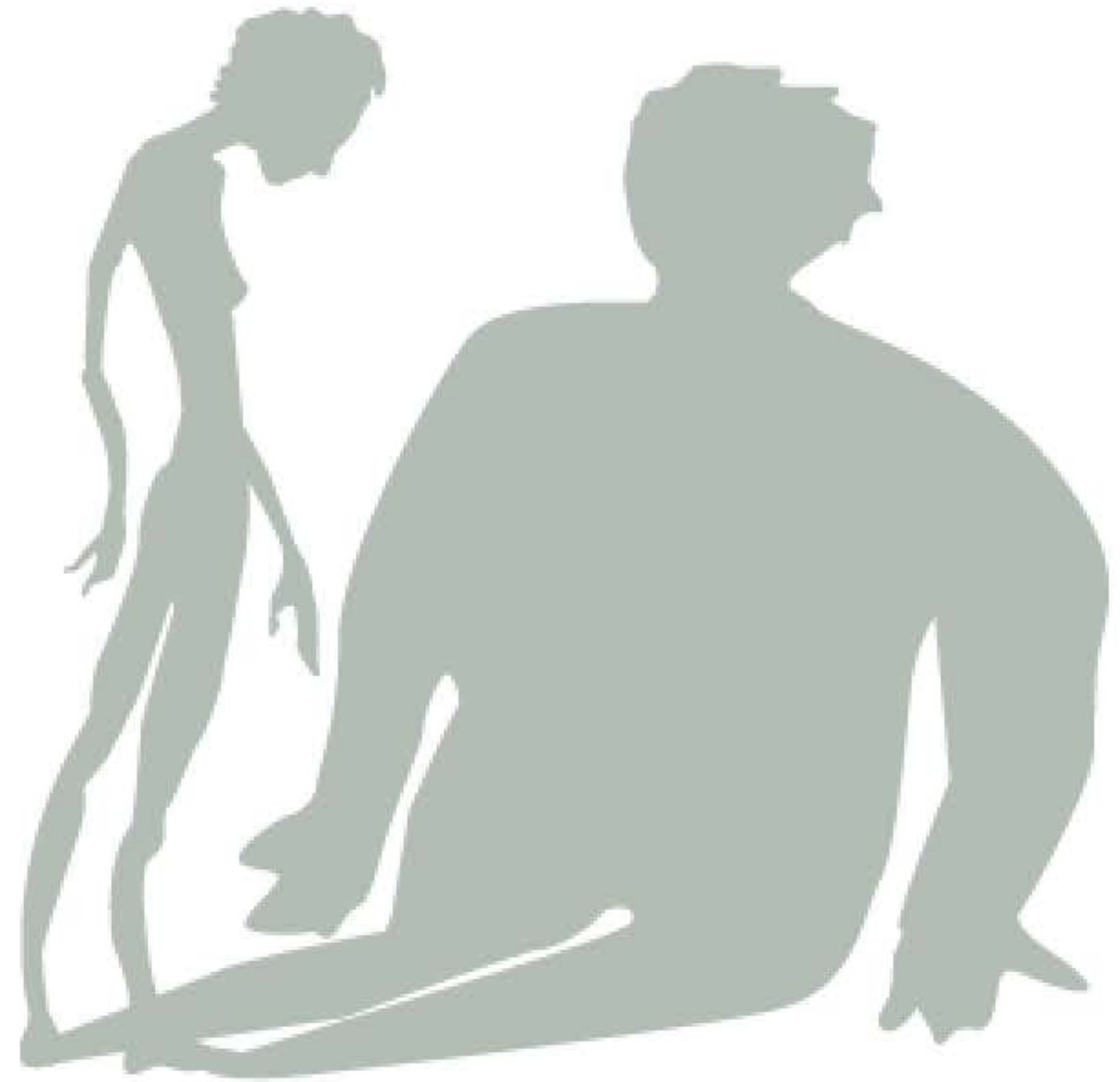


Figura 1. Anorexia nerviosa.

Complicaciones físicas

- Debilidad y laxitud generales, dificultad de concentración y rendimiento intelectual, apatía.
- Edemas por hipoproteinemia, lanugo, fragilidad de piel y faneras.
Hiper胡萝卜素emia y piel amarillenta.
- Distensión abdominal y enlentecimiento del vaciado gástrico (MIR 05, 161).
- Hipotermia e intolerancia al frío.
- Bradicardia, arritmias, prolongación Q-T (signo de riesgo).
Friedad y cianosis en extremidades.
- Anemia, neutropenia, trombopenia, linfocitosis, baja VSG.
- Osteoporosis en amenorreas prolongadas (MIR 06, 161).
- Hormonas.
 - Aumento de cortisol y de GH (MIR).
 - Disminución de hormonas tiroideas.
 - Descenso de estrógenos en mujeres y de testosterona en hombres.
 - Regresión del eje hipofisogonadal.
- Alteraciones bioquímicas.
 - Deshidratación con urea alta, con disminución de aclaramiento de creatinina por hipovolemia (MIR).
 - Descenso de magnesio, cinc, fósforo.
 - Vómitos: alcalosis metabólica con aumento de bicarbonato, por pérdida de ácido clorhídrico gástrico. Hipocloremia. Hipopotasemia. Hiperamilasemia.
 - Laxantes: acidosis metabólica por pérdida en las diarreas.
 - Hipercolesterolemia por déficit en síntesis de ácidos biliares (MIR).
 - Elevación de GOT, GPT, GGT y enzimas musculares, por destrucción tisular.

TEMA 10 TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS

Enfoque MIR

Tema importante. Pueden preguntarse sobre todo como casos las clínicas de abstinencia y de intoxicación aguda, también datos sobre complicaciones médicas y sobre pautas de tratamiento. Importantes los conceptos del principio: dependencia, abuso, desintoxicación, deshabituación.

10.1. Conceptos básicos

Hace falta entenderlos, no aprenderlos.

- Tolerancia.

Disminución de los efectos de una sustancia sobre el organismo a medida que se repite la administración de la misma. Se necesitarán por tanto dosis cada vez mayores para conseguir los mismos efectos (MIR 04, 157).

- Dependencia.

El DSM-5 establece dependencia cuando un sujeto presenta el consumo continuado de una sustancia a pesar de que cause un deterioro o malestar clínicamente significativo. Para que haya dependencia, el sujeto debe presentar tolerancia a la sustancia y síndrome de abstinencia. Además, las cantidades consumidas de la sustancia son mayores de las que inicialmente se pretendía; hay un deseo intenso de consumo junto a esfuerzos infructuosos por abandonar el mismo.

- La dependencia es **física** cuando la interrupción del consumo se asocia a síntomas físicos de disfunción orgánica.

Como ocurre, por ejemplo, con el alcohol, los opiáceos o las benzodiazepinas.

- Es **psíquica** cuando la interrupción del consumo se traduce en un estado de ansiedad intenso, deseo imperativo de la sustancia, cambios de humor.

Con anfetaminas, cocaína, tabaco, cannabis.

Este estado de intensa ansiedad, de duración limitada y en que el **deseo de consumo** se hace máximo, se denomina en inglés **craving**. Se describió como característico de la cocaína, pero es muy frecuente también en el alcohol. El *craving* puede aparecer incluso meses después de la abstinencia, a menudo cuando el sujeto ve a otras personas consumir.

- Abuso o consumo perjudicial.

El sujeto cumple los criterios de dependencia pero no presenta síndrome de abstinencia cuando se interrumpe el consumo.

- Desintoxicación.

Proceso terapéutico consistente en conseguir que un sujeto deje de consumir drogas y supere el periodo correspondiente al síndrome de abstinencia. Es una fase breve –normalmente entre una y dos semanas– en la que se consigue que el organismo deje de ser dependiente de la sustancia, aunque persista el deseo de consumo y la dependencia psíquica.

- Deshabituación.

Proceso prolongado que se dirige a que el sujeto abandone el consumo de drogas de manera permanente, previniendo recaídas. Precisa de medidas de tipo psicosocial.

- Remisión total temprana.

Tras la dependencia, el sujeto no cumple criterios de dependencia en los primeros 12 meses.

- Remisión total sostenida.

Remisión superior a doce meses.

- Remisión parcial temprana.

El sujeto presenta alguno de los criterios de dependencia o abuso, pero no todos, en los primeros 12 meses.

- Remisión parcial sostenida.

Uno o más criterios, pero no todos, durante más de doce meses.



Figura 1. Clasificación de sustancias de abuso.

	ACCIÓN	DEPENDENCIA	PUPILAS
ALCOHOL	Depresora	Física/Psíquica	Medias
OPIÁCEOS	Depresora	Física/Psíquica	Miosis
COCAÍNA	Psicoestimulante	Psíquica	Midriasis
ANFETAMINAS	Psicoestimulante	Psíquica	Midriasis
DROGAS DE DISEÑO	Psicoestimulante y alucinógena	Psíquica	Midriasis
FENCICLIDINA	Excitante	NO	Midriasis
ALUCINÓGENOS	Alucinógena	NO	Midriasis
CANNABIS	Relajante + tr. senso-percepción	Psíquica	Medias
INHALANTES	Depresora	Psíquica	Medias

Tabla 1. Características de las sustancias de abuso.

TEMA 11

TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS
O TRASTORNOS COGNITIVOS

Enfoque MIR

La mayor parte del tema está incluido en Neurología, pero no es raro que entre las preguntas de Psiquiatría pueda encontrarse alguna. Suelen preguntarse siempre los temas menos comunes con Neurología: el delirium y la pseudodemencia. Atención a casos en que se expongan síntomas psíquicos asociados a déficit cognitivo, para diagnóstico diferencial.

11.1. Delirium o síndrome confusional agudo

Enfoque MIR

La gran mayoría de preguntas de este capítulo son sobre delirium.

Síndrome plurietiológico, de causa orgánica conocida o sospechada, inicio agudo, curso fluctuante, caracterizado por un trastorno de la conciencia y de otras funciones cognitivas (atención, orientación, memoria) y del pensamiento, psicomotricidad, humor y sueño-vigilia (MIR 08, 164). El curso es limitado aunque en algunos casos puede dejar sintomatología residual.

Recuerda...

Es importante retener dos ideas: inicio agudo y alteración fluctuante del nivel de conciencia (MIR).

Etiología

Multifactorial.

El delirium se relaciona siempre con un sufrimiento cerebral: cualquier causa que disminuya el metabolismo cerebral por sobrecarga podrá desencadenarlo. Por tanto, es un cuadro que veremos siempre asociado a enfermedades médicas, bien sistémicas o bien del SNC (MIR).

CAUSAS MÁS FRECUENTES POR GRUPOS DE EDAD

Infancia	Infecciones, intoxicaciones, traumas, epilepsia
Adolescencia	Sustancias de abuso, TCE, posquirúrgico
Adultos	Intoxicación y abstinencia, procesos médicos y quirúrgicos
Ancianos	Enfermedades cerebrovasculares (sobre todo en lóbulo temporal y frontal), efectos secundarios de medicación a dosis terapéuticas

Tabla 1. Causas de delirium por grupos de edad (MIR).

Recuerda...

En el delirium es muy frecuente la etiología combinada. En el 44% de los casos, se registran 2,8 causas por paciente.

Clínica (MIR 13, 167; MIR 12, 157; MIR 10, 66; MIR)

- Existen dos patrones según la alteración de la conducta:
 - Hiperactiva.
 - Más frecuente, con agitación psicomotriz.
 - Hipoactiva.
 - Con confusión, somnolencia e inhibición motriz.
- Descenso del nivel de conciencia e inatención, con respuestas exageradas ante estímulos bruscos (MIR 07, 164).
- Inversión del ciclo vigilia/sueño (somnolencia diurna, empeoramiento nocturno).
- Desorientación (MIR).
- Conforme se agrava el cuadro, aparece desestructuración del pensamiento (incoherente, enlentecido, ideas delirantes) y de la percepción (ilusiones y alucinaciones, sobre todo visuales) (MIR).
- El estado de ánimo oscila entre lo ansioso y lo depresivo.
- Déficit de memoria, con distorsiones (paramnesia) y amnesia lacunar del episodio.

Diagnóstico

Fundamentalmente clínico, deben realizarse las pruebas pertinentes en relación con la causa que se sospeche (MIR).

Diagnóstico diferencial

Se establece con:

- Enfermedades psiquiátricas.
 - Manía, depresión, trastornos psicóticos, ansiedad...
- Enfermedades médicas.
 - Principalmente las que supongan lesión aguda de SNC.
- Demencia.

(Ver tabla 2 en la página siguiente)

Epidemiología

10-30% de pacientes hospitalizados.

Estarán predispuestos los enfermos con menor capacidad cerebral previa: ancianos, inmunodeprimidos y pluripatológicos.

Tratamiento

El delirium mejora y desaparece cuando es tratada la causa.

- Medidas no farmacológicas.
 - Se consideran beneficiosas las medidas que mejoran la orientación (relojes, buena iluminación, presencia de familiares), la actividad física estructurada (MIR 08, 137), la repetición de frases sencillas, y minimizar aquellas intervenciones que pueden incrementar el miedo o la ansiedad, como la sujeción mecánica (MIR 12, 128). Sin embargo, en casos con gran agitación o agresividad, la **sujeción mecánica** está indicada (MIR 04, 8).

TEMA 12 TRASTORNOS DEL SUEÑO

Enfoque MIR

Puede haber alguna pregunta, pero no es un tema principal. Conviene familiarizarse con el ciclo de sueño normal.

12.1. Sueño normal

Durante el sueño normal se producen una serie de cambios a nivel del SNC, de la secreción hormonal y de la regulación de la temperatura corporal. El ciclo del sueño se divide en cinco fases.

El sueño **NO-REM** se considera el sueño reparador. En sus fases la actividad encefalográfica es de ondas cada vez más lentas. En la fase **REM** se recupera el ritmo encefalográfico ya muy similar a la vigilia, se producen los ensueños y se prepara al SNC para despertar.

La duración total de un ciclo de sueño es de unos 90 a 100 minutos. En la primera mitad de la noche predomina el sueño de ondas lentas (fases III y IV), con fases REM muy breves. En la segunda mitad de la noche se acortan las fases lentas y se alarga el tiempo REM progresivamente hasta llegar al despertar.

El ritmo del sueño varía con la edad. El recién nacido duerme hasta 20 horas al día, con una proporción de REM de hasta el 50% (MIR). Al avanzar la infancia disminuye el tiempo REM y se establece la estructura de primera y segunda mitad de noche característica del sueño adulto.

En los ancianos disminuye el porcentaje de sueño profundo a favor del superficial. Disminuye el tiempo de sueño nocturno, pero aparecen pequeñas siestas durante el día, con un tiempo total de sueño parecido al del adulto.

La instauración más rápida del sueño REM (disminución del tiempo de latencia REM) es característica de:

- Depresión endógena.
- Narcolepsia.
- Trastornos del ritmo circadiano.

Los trastornos del sueño se dividen en:

- **Disomnias.**
Trastornos psicógenos que afectan la cantidad, calidad o duración del sueño. Insomnio, hipersomnia y trastornos del ciclo sueño-vigilia.
- **Parasomnias.**
Trastornos episódicos durante el sueño, más habituales en la infancia, como sonambulismo, terrores nocturnos y pesadillas.

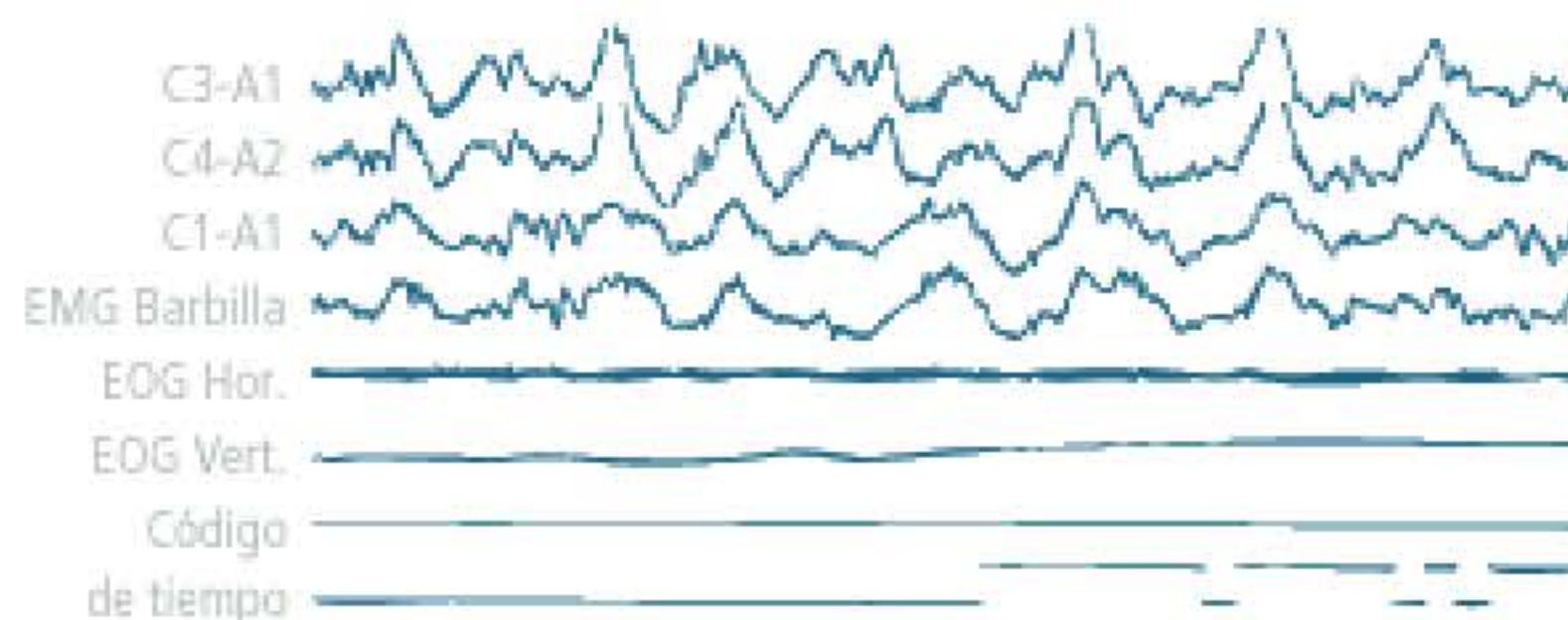


Figura 1. Registro del sueño.

12.2. Disomnias

Insomnio

Es un problema extraordinariamente común, más frecuente en adultos y en ancianos, en mujeres y en pacientes psiquiátricos. Se presenta en hasta un tercio de la población general.

El insomnio se asocia a numerosas enfermedades médicas y psiquiátricas.

Según su **presentación** puede ser:

- Insomnio **de conciliación.**
Cuando el sujeto tarda en empezar a dormir. Frecuente en trastornos de ansiedad.

	EEG	ACTIVIDAD MUSCULAR	TRASTORNOS ASOCIADOS
VIGILIA	Bajo voltaje, actividad α con frecuencia mixta con los ojos cerrados	Alta actividad tónica y movimientos voluntarios	Narcolepsia+ (intrusión actividad REM)
FASE I	Bajo voltaje	Actividad tónica baja	
FASE II	Bajo voltaje	Actividad tónica baja	Bruxismo
FASE III FASE IV	Ondas lentas (δ)	Actividad tónica baja	1. Terrores nocturnos 2. Sonambulismo 3. En la depresión mayor: se reducen estas fases
REM	Bajo voltaje, frecuencia mixta (como en la vigilia)	Atonía tónica	1. Pesadillas 2. Trastorno de conducta del sueño REM 3. En la depresión mayor: se acorta la latencia REM

Tabla 1. Fisiología de sueño.

TEMA 13 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Enfoque MIR

Lo importante es quedarse con la idea para saber diferenciarlos. También con el concepto de que no son en sí mismos "enfermedades" como tales, sino formas extremas de ser.

Los trastornos de la personalidad se caracterizan por ser formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo, que se manifiestan de manera inflexible como modalidades estables de respuesta frente a un amplio grupo de situaciones sociales y personales. Representan desviaciones extremas relacionadas con los individuos normales respecto a la forma en que piensan, sienten y sobre todo, se relacionan con los demás (MIR 08, 159). En alguno de estos trastornos (esquizotípico, esquizoide, límite, paranoide) es posible encontrar sintomatología alucinatoria (MIR 10, 145).

Los rasgos de personalidad son variantes de la normalidad y que por tanto no tienen por qué conducir hacia el desarrollo de un trastorno de la personalidad. Cuando los rasgos de la personalidad son rígidos e inadaptados y provocan deterioro funcional o malestar subjetivo, se puede también diagnosticar de un trastorno de la personalidad. Los trastornos de personalidad no deben diagnosticarse nunca antes de los 18 años (se considera que hasta esa edad no se ha formado aún la personalidad permanente), a excepción del trastorno antisocial o disocial, que se puede diagnosticar a partir de los 14 años de edad. Los estudios de agregación genética han corroborado la existencia de una gran concordancia entre gemelos monocigóticos en algunos de estos trastornos.

La personalidad se confunde con dos términos relacionados con ella: el temperamento y el carácter. El **carácter** se refiere a las características adquiridas durante nuestro crecimiento, y el **temperamento** depende de la disposición biológica hacia ciertos comportamientos. Existen varias **clasificaciones**, pero la más usada es la DSM-5, que distingue:

13.1. Trastornos de la personalidad grupo A

Sujetos extraños, excéntricos, tienden a aislarse. Existe agregación genética y características clínicas compartidas con las psicosis. Más frecuentes en hombres que en mujeres.

Trastorno paranoide de personalidad

Sujetos desconfiados, **suspicaces**, siempre dispuestos a interpretar las relaciones en clave de perjuicio o como agresiones. Hipersensibles a agravios, rencorosos, posesivos. A menudo sienten su entorno como plagado de "conspiraciones" sin fundamento (MIR). Sospecha recurrente de infidelidad de la pareja.

Es más frecuente en varones. La prevalencia general es del 0,5 al 2,5%. Puede preceder a un trastorno de ideas delirantes (paranoia).

Trastorno esquizoide de personalidad

Son sujetos **aislados socialmente, sin interés** alguno por establecer contacto con los demás. Se sienten ajenos a las otras personas. Son incapaces de gozar y también de sufrir.

Prefieren las actividades solitarias y son emocionalmente fríos e indiferentes. Les cuesta entender a los demás y establecer relaciones (MIR 10, 150). Se relaciona genética y clínicamente con la esquizofrenia. Es muy infrecuente.

Trastorno esquizotípico de personalidad

Se caracteriza por dificultades en la relación social —el sujeto quiere relacionarse, pero no consigue hacerlo de forma eficaz— asociado a **rasgos próximos a los de las psicosis**: tendencia a las ideas de referencia, creencias raras o pensamiento mágico, experiencias perceptivas inhabituales (ilusiones), pensamiento y lenguajes raros, suspicacia paranoide (MIR).

Son en general sujetos excéntricos, **peculiares**, desconfiados, con gusto por temas esotéricos o sobrenaturales, con dificultades para establecer y mantener relaciones. Pueden parecer tímidos o torpes.

La prevalencia general es del 3%.

Está muy próximo a la esquizofrenia. En la CIE 10 no se engloba entre los trastornos de personalidad sino entre los trastornos psicóticos.

13.2. Trastornos de la personalidad grupo B

Sujetos inestables e inmaduros, conflictivos, sociables. Se encuentran cerca de los trastornos afectivos, los de abuso de sustancias y los somatomorfos.

Trastorno antisocial de personalidad

Llamado también psicopatía, sociopatía o trastorno disocial.

Incapacidad de adaptarse a normas, conductas de rebelión, violencia y delincuencia. Escasa respuesta al castigo. Tendencia a comportamientos de riesgo, irresponsabilidad e impulsividad. Incapacidad para sentir culpa o remordimientos, relaciones marcadas por el deseo de explotación de los demás con mentiras, estafas y frialdad afectiva, sin empatía hacia los demás (MIR).

La mentira, las faltas injustificadas a clase, la huida del hogar, los robos, las riñas, el abuso de sustancias y la participación en actividades ilegales son experiencias habituales desde la infancia. Este trastorno puede diagnosticarse desde los catorce años. Es muy frecuente la comorbilidad con el abuso de sustancias y en menor grado con trastornos somatomorfos, de ansiedad y afectivos.

Es más frecuente en hombres (3%) que en mujeres (1%). Muy frecuente entre poblaciones reclusas.

Mayor prevalencia en medio urbano y estrato socioeconómico bajo.

Trastorno límite o borderline de personalidad

Lo fundamental es la **inestabilidad**, especialmente afectiva y también en las relaciones, con cambios rápidos y extremos entre la idealización y la devaluación, el amor entusiasta y el odio, la euforia y la ira (MIR 14, 219; MIR 12, 156).

Distorsionan sus relaciones porque consideran a las personas excesivamente buenas o absolutamente malas.

TEMA 14 TRASTORNOS DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Enfoque MIR

Se han preguntado relativamente poco, únicamente algo más el TDAH, sobre todo su tratamiento.

14.1. Retraso mental

Síndrome de causas muy variadas, caracterizado por disminución de la capacidad intelectual global que es causa de un déficit en el aprendizaje, familiar, social y laboral de un sujeto. Empieza antes de los 18 años.

Etiología

- Muy variada.
- Lo más frecuente es que sea desconocida.
- Alteraciones embrionarias (cromosomopatías, tóxicos o infección congénita).
- Trastornos del desarrollo.
 - Autismo, trastorno de Rett.
- Alteraciones perinatales.
- Enfermedades hereditarias.
 - Síndrome del cromosoma X frágil, errores congénitos del metabolismo.
- Enfermedades infantiles.
 - Meningitis, encefalitis, traumatismos...

Clínica

Los pacientes con RM presentan pobreza de lenguaje, pensamiento, abstracción, autocuidado, interacción social, aprendizaje, etc. Pueden presentar con frecuencia trastornos de conducta y agresividad.

De forma comórbida pueden asociarse trastornos del estado de ánimo, trastornos con déficit de atención e hiperactividad y estereotipias (repetición constante de movimientos y gestos). Los trastornos del humor se expresan a menudo como irritabilidad y agitación.

Diagnóstico

Diversos test miden la capacidad intelectual. El más usado es el WAIS (escala de Weschler).

Todos traducen un valor numérico conocido como CI o Coeficiente Intelectual. Según el CI se distinguen varias categorías de retraso mental (ver tabla 1).

Tratamiento

- Fundamentalmente de rehabilitación y psicoeducativo.
- Si hay agitación, de elección antipsicóticos (MIR).
- Pueden usarse antidepresivos en trastornos del estado de ánimo, en retrasos leves y moderados.

14.2. Autismo

Es un trastorno generalizado del desarrollo. Afecta fundamentalmente a la capacidad de comunicación y de interacción social y al lenguaje.

CATEGORÍAS DE RETRASO MENTAL

50-70: RM leve

Sujetos capaces de autocuidado y de aprendizaje en niveles poco avanzados.

35-50: RM moderado

Sujetos con graves defectos de aprendizaje, aunque pueden recibir formación muy básica. Necesitan ayuda en tareas de autocuidado aunque pueden llevar a cabo por sí mismos la mayoría.

20-35: RM grave

Grave déficit de aprendizaje, limitado a pocas habilidades básicas. Déficit severo en autocuidado.

<20: RM profundo

Escasísima o nula capacidad de aprendizaje. Dependencia completa de terceras personas para cualquier cuidado.

Tabla 1. Categorías de retraso mental.

Se inicia antes de los tres años, aunque puede observarse a veces desde el nacimiento.

Más frecuente en niños que en niñas (MIR 04, 162).

El niño se muestra retraído, sin desarrollar apenas el lenguaje. Su capacidad de comunicación no verbal está también muy restringida, con ausencia de expresión emocional, sin gestualidad adecuada. Suele haber comportamientos repetitivos y estereotipias.

En la gran mayoría de los casos hay retraso mental leve a moderado. Algunos sujetos desarrollan hipertrofia de alguna capacidad concreta: dibujo, música, lectura, memoria numérica... (MIR).

El grado de afectación es variado. En general pueden adquirir habilidades y conocimientos básicos.

El **tratamiento** es fundamentalmente dirigido a educación. Los fármacos se usan de forma sintomática.

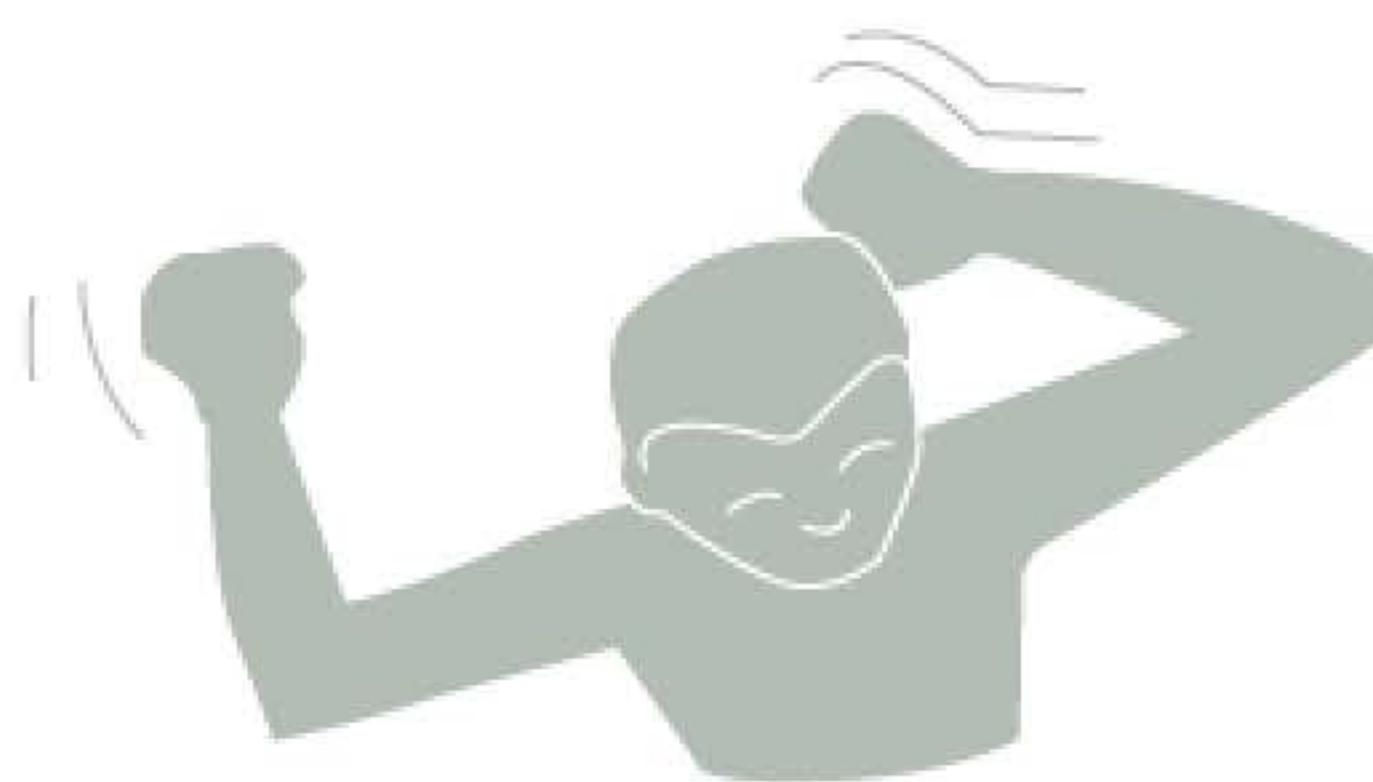


Figura 1. Autismo.

14.3. Otros trastornos generalizados del desarrollo

Recuerda...

En el DSM-5 el autismo, el síndrome de Asperger, el síndrome de Rett y el trastorno desintegrativo infantil quedan englobados bajo la categoría diagnóstica "trastornos del espectro autista", y no se hace diferencias entre ellos.

VALORES NORMALES EN PQ

CONCEPTO	VALORES NORMALES
Duración Episodio Depresivo Mayor	≥2 semanas
Duración Episodio Maníaco	≥1 semana
Duración Distimia	≥2 años
Duración Hipomanía	≥4 días
Cociente GOT/GPT (alcoholismo)	≥2
Latencia efecto antidepresivo	4-6 semanas
Litemia mantenimiento	0,6-1,2 mEq/l
Litemia rango óptimo	0,8-1,2 mEq/l
Litemia fase aguda	1,0-1,5 mEq/l
Litemia ventana terapéutica	0,4-1,5 mEq/l
Litemia intoxicación potencialmente mortal	≥2,5 mEq/l

Tabla 1. Valores normales en Psiquiatría.

BIBLIOGRAFÍA

- **Kaplan and Sadock**. Sinopsis de psiquiatría, 10.ª Edición. BJ Sadock, VA Sadock, JA Grebb, CS Pataki, N Sussman. Wolter Kluwer-Lippincott Williams & Wilkins, 2009.
- VVAA. **Manual del Residente de Psiquiatría**, 1.ª Edición. Asociación Española de Neuropsiquiatría, Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. ENE Life, 2009.
- **Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría**, 7.ª Edición. J Vallejo. Masson, 2011.
- **Tratado de Psiquiatría**, 1.ª Edición. MG Gelder, JJ López-Ibor, N Andreasen. Ars Medica, 2003.



www.academiamir.com