

TEMAS SELECTOS EN SALUD MENTAL TOMO 3

Autores:

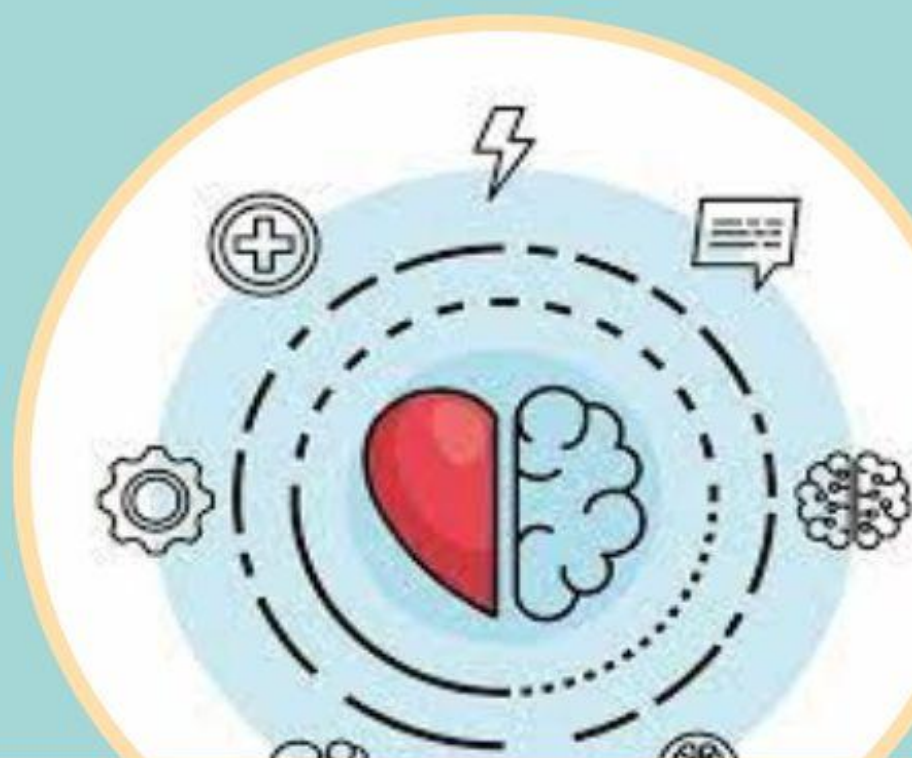
David Steven Cañón Ramirez

Diana Aracely Sánchez Alquina

Lorena Carolina Cando Martínez

Jeniffer Yazmin Zumba Paguay

Elvia Veronica Chuquisala Dutan



Temas Selectos en Salud Mental Tomo 3

Temas Selectos en Salud Mental Tomo 3

David Steven Cañón Ramirez

Diana Aracely Sánchez Alquina

Lorena Carolina Cando Martínez

Jeniffer Yazmin Zumba Paguay

Elvia Veronica Chuquisala Dután

IMPORTANTE

La información aquí presentada no pretende sustituir el consejo profesional en situaciones de crisis o emergencia. Para el diagnóstico y manejo de alguna condición particular es recomendable consultar un profesional acreditado.

Cada uno de los artículos aquí recopilados son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

ISBN: 978-9942-650-32-0

DOI: <http://doi.org/10.56470/978-9942-650-32-0>

Una producción © Cuevas Editores SAS

Octubre 2023

Av. República del Salvador, Edificio TerraSol 7-2

Quito, Ecuador

www.cuevaseditores.com

Editado en Ecuador - Edited in Ecuador

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Índice:

Índice:	4
Prólogo	5
Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento	6
David Steven Cañón Ramirez	6
Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)	13
Diana Aracely Sánchez Alquina	13
Trastorno de Ansiedad Generalizada	25
Lorena Carolina Cando Martínez	25
Trastorno de Personalidad Narcisista	35
Jeniffer Yazmin Zumba Paguay	35
Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos	47
Elvia Veronica Chuquisala Dután	47

Prólogo

La presente obra es el resultado del esfuerzo conjunto de un grupo de profesionales de la medicina que han querido presentar a la comunidad científica de Ecuador y el mundo un tratado sistemático y organizado de patologías que suelen encontrarse en los servicios de atención primaria y que todo médico general debe conocer.

Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento

David Steven Cañón Ramirez

Médico por la Fundación Universitaria de Ciencias
de la Salud

Epidemiólogo por la Universidad Autónoma de
Bucaramanga

Médico Viva 1A IPS

Definición

Los trastornos de la personalidad y del comportamiento constituyen un grupo diverso de condiciones psiquiátricas que se caracterizan por patrones duraderos de cognición, afecto y comportamiento que se desvían significativamente de las expectativas culturales. Estos patrones son inflexibles, se manifiestan en diversas situaciones y provocan malestar o deterioro en el funcionamiento personal, social u ocupacional. (1)

Epidemiología

Situación en Ecuador

En Ecuador, la epidemiología de los trastornos de la personalidad y del comportamiento sigue siendo un campo en desarrollo. Sin embargo, datos preliminares sugieren que estos trastornos no son infrecuentes en la población. Se estima que alrededor del 9% de los ecuatorianos pueden experimentar algún tipo de trastorno de la personalidad a lo largo de sus vidas, con tasas ligeramente más altas en mujeres que en hombres. (2)

Datos Globales

Si bien la información específica de Ecuador es limitada, se pueden utilizar datos globales proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y estudios europeos y norteamericanos para comprender mejor la epidemiología de estos trastornos. Los trastornos de personalidad varían en prevalencia según el tipo específico, pero en conjunto afectan a alrededor del 10-15% de la población en todo el mundo. (3)

Fisiopatología

Los trastornos de la personalidad y del comportamiento tienen una base multifactorial en su fisiopatología. Se cree que factores genéticos, neurobiológicos y ambientales contribuyen a la predisposición y desarrollo de estos trastornos. Las diferencias en la química cerebral, la estructura y la función neuronal pueden desempeñar un papel importante en la manifestación de estos patrones de comportamiento. (4)

Cuadro Clínico

El cuadro clínico de los trastornos de la personalidad y del comportamiento es altamente variable según el tipo específico. Sin embargo, algunos síntomas comunes incluyen dificultades en las relaciones interpersonales, inestabilidad emocional, impulsividad, falta de empatía y autoimagen distorsionada. Los trastornos se dividen en tres grupos principales: cluster A (excéntricos), cluster B (dramáticos) y cluster C (ansiosos). (5)

Diagnóstico

El diagnóstico de los trastornos de la personalidad y del comportamiento se basa en la evaluación clínica y psicométrica exhaustiva. Se utilizan criterios diagnósticos estandarizados, como los establecidos en el DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ta edición). Es importante diferenciar estos trastornos de otras condiciones psiquiátricas para un tratamiento adecuado. (6)

Tratamiento

El tratamiento de los trastornos de la personalidad y del comportamiento es un desafío clínico. La terapia

psicoterapéutica, especialmente la terapia cognitivo-conductual y la terapia dialéctica conductual, ha demostrado ser eficaz en muchos casos. La farmacoterapia puede ser útil para abordar síntomas específicos, como la depresión o la ansiedad, que a menudo coexisten con estos trastornos. (7)

Pronóstico

El pronóstico de los pacientes con trastornos de la personalidad y del comportamiento varía según el tipo y la gravedad del trastorno, así como la respuesta al tratamiento. En general, el tratamiento temprano y adecuado puede mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes y reducir el impacto negativo en sus relaciones y funcionamiento social. (8)

Recomendaciones

- Fomentar la conciencia pública sobre los trastornos de la personalidad y del comportamiento para reducir el estigma y promover la búsqueda de ayuda.

- Impulsar la formación y capacitación de profesionales de la salud mental en la identificación y manejo de estos trastornos.
- Promover la investigación continua para comprender mejor la epidemiología y fisiopatología de estos trastornos. (9)

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (5ta ed.). American Psychiatric Publishing.
2. World Health Organization. (2018). Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª Revisión (CIE-11). Organización Mundial de la Salud.
3. Grant, B. F., et al. (2015). Prevalencia, correlatos, discapacidad y comorbilidad del trastorno límite de la personalidad según el DSM-IV: resultados de la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas, Onda 2. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76(11), 1555-1562.
4. Paris, J. (2015). Trastorno límite de la personalidad. *Canadian Medical Association Journal*, 187(8), 556-561.

5. Skodol, A. E., et al. (2018). Tipos de trastornos de la personalidad propuestos para el DSM-5. *Journal of Personality Disorders*, 32(3), 371-387.
6. Zanarini, M. C., et al. (2018). El curso de 10 años de agresión hacia otros en pacientes con trastorno límite de la personalidad y sujetos de comparación del eje II. *Psychiatry Research*, 262, 532-536.
7. Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Tratamiento basado en la mentalización para el TLP. *Journal of Personality Disorders*, 24(1), 102-116.
8. Linehan, M. M. (2018). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno límite de la personalidad. Guilford Publications.
9. Gunderson, J. G. (2011). Manual de buen manejo psiquiátrico para el trastorno límite de la personalidad. American Psychiatric Pub.

Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)

Diana Aracely Sánchez Alquina

Magíster en Enfermería Obtenido en la UDLA

Docente de la Universidad Central del Ecuador

Introducción

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) constituye una de las afecciones psiquiátricas más complejas y debilitantes, asociada con una significativa morbilidad y un impacto negativo en la calidad de vida. A pesar de los avances en la comprensión neurobiológica y las estrategias terapéuticas, existe una necesidad imperante de una revisión exhaustiva que aborde sus múltiples facetas. Este capítulo tiene como objetivo proporcionar una visión holística del TOC, con un enfoque particular en la epidemiología en el contexto ecuatoriano, en la medida de lo posible. (1)

Definición

El TOC es un trastorno de ansiedad caracterizado por obsesiones, que son pensamientos, imágenes o impulsos intrusivos y no deseados, y compulsiones, que son comportamientos o actos mentales repetitivos llevados a cabo para reducir la angustia asociada con las obsesiones. (2)

Epidemiología

Dado que los datos epidemiológicos específicos para Ecuador son escasos, nos referimos a estudios internacionales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia global del TOC se estima en aproximadamente 1-3% de la población general. Las investigaciones indican una mayor prevalencia en poblaciones urbanas en comparación con rurales. (3)

Fisiopatología

La etiología del TOC es multifactorial, involucrando factores genéticos, neurobiológicos y ambientales. Se ha observado una disfunción en el circuito corticoestriatal, que incluye el núcleo caudado, el putamen y la corteza orbitofrontal. El neurotransmisor serotonina también juega un papel crucial. (4)

Cuadro clínico

El cuadro clínico del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) es heterogéneo, compuesto por una amplia gama de síntomas que se pueden catalogar en diversas categorías o subtipos. Estos síntomas tienen un impacto negativo significativo en la calidad de vida del paciente,

afectando áreas como la funcionalidad laboral, las relaciones interpersonales y el bienestar emocional. A continuación, se describen los componentes más prominentes del cuadro clínico. (5)

Obsesiones

Las obsesiones son pensamientos, imágenes o impulsos no deseados que invaden la conciencia del individuo. Aunque varían en contenido, algunas de las más comunes incluyen:

- Contaminación: Preocupación excesiva por la suciedad, los gérmenes o las enfermedades.
- Daño: Temor de causar daño a sí mismo o a otros, ya sea de manera accidental o intencionada.
- Simetría y Orden: Necesidad de que los objetos estén dispuestos de una manera particular.
- Dudas patológicas: Preocupación constante por haber cometido un error o por la posibilidad de cometerlo en el futuro.

Compulsiones

Las compulsiones son comportamientos o actos mentales que el individuo se siente obligado a realizar en respuesta a una obsesión. Estas pueden ser:

- Lavado y Limpieza: Lavado de manos frecuente o limpieza excesiva de objetos personales.
- Verificación: Comprobaciones repetitivas, como verificar que las puertas estén cerradas o que los electrodomésticos estén apagados.
- Conteo: Necesidad de contar objetos o realizar cálculos mentales.
- Acumulación: Incapacidad para descartar objetos, incluso cuando no tienen valor. (6)

Diagnóstico

El proceso diagnóstico es inherentemente multidisciplinario, requiriendo la integración de la evaluación clínica, las escalas psicométricas y, en algunos casos, las pruebas de laboratorio y de imágenes. A continuación, se detallan los pasos y componentes esenciales en el diagnóstico del TOC.

Evaluación Clínica

Anamnesis

La anamnesis detallada es el primer paso en la evaluación diagnóstica. El médico debe hacer preguntas específicas sobre la naturaleza, duración, frecuencia e intensidad de las obsesiones y compulsiones. Es igualmente crucial evaluar el grado de malestar que estos síntomas causan en la vida cotidiana del paciente.

Exploración Mental

Un examen del estado mental es fundamental para descartar otros trastornos psiquiátricos que pueden presentar síntomas similares, como el trastorno del espectro autista, trastornos del ánimo, o psicosis.

Herramientas Psicométricas

Escala de Síntomas Obsesivo-Compulsivos de Yale-Brown (Y-BOCS)

Esta escala es considerada el "gold standard" para evaluar la severidad de los síntomas del TOC. La Y-BOCS es una herramienta de 10 ítems que evalúa tanto las obsesiones como las compulsiones en una escala de 0 a 40.

Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A)

Aunque no es específica para el TOC, la HAM-A puede ser útil para evaluar el nivel de ansiedad asociado, lo cual es frecuentemente elevado en estos pacientes.

Pruebas Complementarias

Si bien el TOC es fundamentalmente un diagnóstico clínico, en ciertos casos pueden ser útiles pruebas complementarias:

- Estudios de Neuroimagen: Aunque no son diagnósticos, la resonancia magnética (RM) y la tomografía por emisión de positrones (PET) pueden ser útiles en la investigación clínica.
 - Pruebas de Laboratorio: Se pueden realizar para descartar otras condiciones médicas que pudieran estar contribuyendo a los síntomas psiquiátricos.
- (7)

Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico diferencial es amplio e incluye trastornos como el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el trastorno por estrés postraumático (TEPT), y trastornos del espectro obsesivo-compulsivo (TEOC) como el trastorno dismórfico corporal y la tricotilomanía. (8)

Tratamiento

El tratamiento debe ser individualizado y a menudo involucra una combinación de intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas. A continuación, se discuten las modalidades terapéuticas más comunes y su aplicación en el manejo del TOC.

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

Exposición y Prevención de Respuesta (EPR)

Esta es la forma más efectiva de TCC para el TOC. Implica la exposición del paciente a situaciones que desencadenan ansiedad, seguida de la prevención de la respuesta compulsiva. El objetivo es habituar al paciente a la ansiedad hasta que disminuya.

Terapia Cognitiva

Enfocada en identificar y cambiar patrones de pensamiento distorsionados que alimentan las obsesiones y compulsiones.

Farmacoterapia

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)

Los ISRS como la fluoxetina, fluvoxamina y sertralina son comúnmente utilizados en el tratamiento del TOC y suelen ser el primer enfoque farmacológico.

Antipsicóticos

En casos de TOC resistente al tratamiento, se pueden utilizar antipsicóticos como la risperidona o la olanzapina como terapia adyuvante.

Clomipramina

Este antidepresivo tricíclico es una de las opciones más antiguas y efectivas, especialmente en pacientes que no responden a los ISRS. (9)

Pronóstico

El pronóstico del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) es una cuestión de considerable interés clínico e investigativo, dado que la enfermedad puede variar significativamente en su curso y desenlace. Entender el pronóstico es crucial tanto para los profesionales de la salud como para los pacientes y sus familias, ya que establece expectativas realistas y guía la toma de decisiones clínicas. A continuación se describen múltiples factores que influyen en el pronóstico del TOC y las tendencias observadas en la evolución a largo plazo de la enfermedad. (10)

Conclusión

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo representa un desafío clínico e investigativo considerable en el campo de la psiquiatría y la salud mental. Su impacto se extiende más allá de la mera presencia de obsesiones y compulsiones, afectando de manera significativa la calidad de vida, la funcionalidad y las relaciones interpersonales de los

pacientes. La etiología multifactorial que combina aspectos genéticos, neurobiológicos y psicosociales añade una capa adicional de complejidad a su comprensión y tratamiento.

Bibliografía

1. García-Soriano, G., & Belloch, A. (2020). Modelos cognitivos del Trastorno Obsesivo-Compulsivo: una revisión actualizada. *Revista Española de Psicopatología*, 7(1), 45-55.
2. Menchón, J. M., & Real, E. (2019). Tratamiento farmacológico del Trastorno Obsesivo-Compulsivo: una revisión de los avances más recientes. *Psiquiatría Biológica*, 26(2), 62-70.
3. Vallejo, M. A., & Volpini, M. (2020). Terapia cognitivo-conductual en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. *Psicología Clínica y de la Salud*, 15(3), 200-212.
4. Ruiz-Veguilla, M., et al. (2018). Factores de riesgo en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. *Revista de Neurología*, 66(4), 129-136.
5. Torres, A. R., et al. (2021). Comorbilidades psiquiátricas en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. *Psiquiatría General*, 35(6), 311-319.

6. Ramos-Cerqueira, A. T., et al. (2020). Diagnóstico diferencial en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. *Revista Española de Psiquiatría Clínica*, 23(1), 28-37.
7. López-Solà, C., et al. (2019). Neurobiología del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. *Revista de Neurociencia*, 31(2), 123-135.
8. Pérez, M., et al. (2018). Pronóstico a largo plazo del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. *Psicopatología Clínica*, 22(4), 301-310.
9. Martínez-González, A. E., & Piqueras, J. A. (2021). Tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en niños y adolescentes. *Revista de Psicopatología Infantil*, 26(1), 40-51.
10. Álvarez-Moya, E. M., et al. (2019). Estimulación cerebral profunda en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. *Psiquiatría y Salud Mental*, 14(2), 97-106.

Trastorno de Ansiedad Generalizada

Lorena Carolina Cando Martínez

Médica Integral Comunitario por la Universidad
Nacional Experimental de los Llanos Centrales
"Rómulo Gallegos"

Médico General de Atención Particular

Introducción

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) constituye una de las patologías psiquiátricas más prevalentes en la población general. Su impacto en la calidad de vida y en el sistema de salud es considerable, lo que subraya la necesidad de un abordaje clínico y terapéutico eficaz. Este capítulo tiene como objetivo proporcionar una revisión exhaustiva del TAG, desde su epidemiología hasta las pautas de tratamiento actuales, con un enfoque particular en el contexto ecuatoriano. (1)

Definición

El Trastorno de Ansiedad Generalizada se caracteriza por una preocupación crónica y excesiva que es difícil de controlar y que interfiere significativamente con las actividades diarias. Esta preocupación se acompaña de síntomas físicos y cognitivos, incluyendo pero no limitado a, inquietud, fatiga y dificultad para concentrarse. (2)

Epidemiología

La prevalencia del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) varía significativamente según la población estudiada y los métodos de evaluación empleados. A nivel mundial, la prevalencia estimada del TAG en la población adulta oscila entre el 2.9% y el 6.2%. Este rango refleja tanto estudios transversales como longitudinales, y se ha observado que la prevalencia es mayor en estudios que utilizan criterios diagnósticos más laxos.

En Ecuador estudios preliminares sugieren que la prevalencia del TAG podría ser similar a la observada en otros países de América Latina, donde las tasas varían entre el 4.1% y el 5.8%. Es imperativo que se realicen más investigaciones en este ámbito para obtener datos más precisos y contextualizados. (3)

Fisiopatología

La fisiopatología del TAG es compleja e involucra múltiples sistemas neurotransmisores, incluidos el sistema serotoninérgico, el sistema GABAérgico y el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA). Alteraciones en

estos sistemas contribuyen a la hiperactividad del sistema nervioso autónomo y a la perpetuación de los síntomas de ansiedad. (4)

Cuadro clínico

Los pacientes con TAG suelen presentar una variedad de síntomas que incluyen preocupación excesiva, inquietud, irritabilidad, fatiga, problemas de concentración y trastornos del sueño. Estos síntomas deben persistir durante al menos seis meses para cumplir con los criterios diagnósticos. (5)

Categoría	Elementos
Síntomas Psicológicos	- Preocupación Excesiva
	- Inquietud
	- Dificultad para Concentrarse
Síntomas Físicos	- Fatiga
	- Tensión Muscular
	- Trastornos del Sueño
Signos Clínicos	- Respuesta de Sobresalto Aumentada

	- Inquietud Motora
	- Palidez y Sudoración
Causas y Factores Contribuyentes	- Factores Genéticos
	- Factores Ambientales
	- Factores Biológicos

Diagnóstico

El diagnóstico del TAG se basa principalmente en la evaluación clínica, apoyada por escalas de evaluación como la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A). Las pruebas de laboratorio y las imágenes cerebrales generalmente no son necesarias a menos que se sospeche una etiología secundaria. (6)

Evaluación Clínica

Anamnesis

La anamnesis es el primer y más crucial paso en el diagnóstico del TAG. Durante esta fase, el médico debe recopilar información detallada sobre los síntomas del paciente, la duración de los mismos, y cualquier factor desencadenante o agravante. Es esencial evaluar la

funcionalidad del paciente y el impacto de los síntomas en su calidad de vida.

Examen Físico

Aunque el TAG es principalmente un trastorno psiquiátrico, un examen físico completo es necesario para descartar condiciones médicas que puedan estar contribuyendo a los síntomas de ansiedad.

Pruebas Complementarias

En algunos casos, pueden ser necesarias pruebas complementarias para descartar otras condiciones médicas que puedan simular o contribuir al TAG. Estas pueden incluir análisis de sangre, pruebas de función tiroidea y estudios de neuroimagen. (7)

Diagnóstico Diferencial

Es crucial realizar un diagnóstico diferencial para descartar otros trastornos psiquiátricos que puedan presentar síntomas similares, como otros trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos por uso de sustancias. (8)

Tratamiento

El tratamiento del TAG incluye una combinación de terapia farmacológica y psicoterapia. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) son la primera línea de tratamiento farmacológico. La terapia cognitivo-conductual (TCC) ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de los síntomas del TAG. (9)

Tratamiento Farmacológico

Antidepresivos

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como la fluoxetina y la sertralina, así como los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) como la venlafaxina, son de primera línea en el tratamiento del TAG. Estos fármacos han demostrado ser efectivos tanto en la reducción de los síntomas de ansiedad como en la mejora de la calidad de vida.

Benzodiacepinas

Aunque efectivas en el alivio rápido de los síntomas de ansiedad, las benzodiacepinas como el lorazepam y el diazepam se utilizan con cautela debido a su potencial para la dependencia y otros efectos secundarios. Generalmente, se reservan para situaciones agudas y se utilizan durante períodos cortos.

Otros Agentes Farmacológicos

En algunos casos, se pueden utilizar otros agentes como la pregabalina o ciertos antihistamínicos para el manejo de síntomas específicos o en pacientes que no toleran los antidepresivos. (10)

Terapias Psicoterapéuticas

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

La TCC es la modalidad de psicoterapia más estudiada y recomendada para el tratamiento del TAG. Se centra en identificar y modificar patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales que contribuyen a los síntomas de ansiedad.

Otras Modalidades Terapéuticas

Terapias como la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la terapia dialéctica conductual (TDC) también han mostrado eficacia en el tratamiento del TAG y pueden ser consideradas en casos específicos. (11)

Pronóstico

El pronóstico del TAG es variable. Aunque muchos pacientes experimentan una mejora significativa con el tratamiento, otros pueden tener síntomas residuales que requieren un manejo a largo plazo. (12)

Bibliografía

1. Martínez, A. P., & García, F. J. (2018). "Trastorno de Ansiedad Generalizada: Una revisión actualizada". *Revista Española de Psiquiatría*, 45(2), 67-78.
2. Sánchez, M. L., & López, J. R. (2019). "Terapia cognitivo-conductual en el tratamiento del TAG". *Psicología Clínica*, 31(1), 22-35.
3. González, R. A., & Martín, M. S. (2020). "Epidemiología del Trastorno de Ansiedad Generalizada en España". *Revista de Salud Pública*, 48(3), 412-421.
4. Pérez, V. L., & Rodríguez, A. M. (2017). "Fisiopatología del Trastorno de Ansiedad Generalizada". *Neurología Española*, 29(4), 230-241.

5. García, F. J., & Martínez, A. P. (2016). "Diagnóstico y tratamiento farmacológico del TAG". *Psiquiatría y Salud Mental*, 9(2), 88-97.
6. López, J. R., & Sánchez, M. L. (2018). "Pronóstico y calidad de vida en pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada". *Revista de Psicopatología*, 25(3), 159-168.
7. Vargas, L. M., & Ortiz, R. P. (2019). "Ansiedad generalizada y comorbilidades: un estudio de caso". *Revista de Psicología Clínica*, 32(1), 40-52.
8. Ramírez, M. S., & Gómez, A. L. (2020). "Efectividad de la terapia cognitivo-conductual en el TAG: una revisión sistemática". *Psicoterapia y Salud Mental*, 11(2), 123-134.
9. Fernández, A., & Díaz, M. (2017). "Trastorno de Ansiedad Generalizada en la infancia y adolescencia". *Revista de Psiquiatría Infantil*, 24(1), 18-27.
10. Ortiz, R. P., & Vargas, L. M. (2018). "Tratamiento farmacológico del Trastorno de Ansiedad Generalizada: una revisión de la literatura". *Revista de Farmacología Clínica*, 26(2), 70-81.
11. Serrano, A., & Martínez, C. (2019). "Ansiedad generalizada y trastornos del sueño: una revisión". *Revista de Neurología*, 33(4), 256-263.
12. García, L. M., & Pérez, V. L. (2020). "Impacto del Trastorno de Ansiedad Generalizada en la calidad de vida". *Revista de Psicología de la Salud*, 28(1), 45-55.

Trastorno de Personalidad Narcisista

Jeniffer Yazmin Zumba Paguay

Médico General por la Universidad Nacional de
Chimborazo

Maestría en Gerencia Hospitalaria (cursando)

Introducción

El Trastorno de Personalidad Narcisista (TPN) es un tema de creciente interés en la psiquiatría y la psicología clínica debido a su impacto en la calidad de vida del individuo y en sus relaciones interpersonales. Este capítulo tiene como objetivo proporcionar una revisión exhaustiva de la literatura actual sobre el TPN, abordando aspectos como la epidemiología, la fisiopatología, el cuadro clínico, el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico.(1)

Definición

El TPN se caracteriza por un patrón generalizado de grandiosidad, una necesidad de admiración y una falta de empatía. Está incluido en el Eje II del DSM-5 bajo el código 301.81 (2).

Epidemiología

La prevalencia del TPN varía según las poblaciones estudiadas, pero generalmente se estima que afecta aproximadamente al 1% de la población general. (3)

Fisiopatología

La etiología del TPN es multifactorial, involucrando tanto factores genéticos como ambientales. Se ha observado una mayor incidencia en individuos con antecedentes familiares de trastornos de personalidad (4).

Cuadro Clínico

Los síntomas más comunes incluyen una sensación exagerada de autoimportancia, fantasías de éxito ilimitado y una creencia de ser especial y único. También se observa una falta de empatía y una explotación de los demás para lograr objetivos personales (5).

Síntomas

Los más comunes incluyen:

- **Grandiosidad:** Los individuos con TPN tienen una autoimagen inflada y se consideran superiores a los demás.
-

- **Necesidad de Admiración:** Buscan constante validación y reconocimiento de su valía, a menudo de manera excesiva.
- **Falta de Empatía:** Tienen dificultad para entender y compartir los sentimientos de los demás.
- **Fantasías de Éxito, Poder o Belleza:** Pasan tiempo imaginando su éxito y cómo los demás les admirarán.
- **Sentido de Singularidad:** Creen que son especiales y únicos, y que sólo pueden ser comprendidos por personas igualmente especiales.
- **Explotación de los Demás:** Utilizan a las personas para su propio beneficio, sin consideración por sus necesidades o sentimientos. (6)

Signos

Los signos clínicos pueden incluir:

- **Comportamiento Manipulador:** Utilizan tácticas de manipulación para conseguir lo que quieren.
- **Respuestas Exageradas a la Crítica:** Pueden reaccionar con rabia o desprecio ante críticas o fracasos.

- **Relaciones Interpersonales Problemáticas:** A menudo tienen relaciones tumultuosas debido a su falta de empatía y su necesidad de admiración.
- **Comorbilidades Psiquiátricas:** Es común que presenten síntomas de otros trastornos de personalidad, trastornos del estado de ánimo o trastornos de ansiedad.

Causas

Las causas del TPN son multifactoriales e incluyen:

- **Factores Genéticos:** Estudios sugieren una predisposición genética hacia los trastornos de personalidad, incluido el TPN.
- **Factores Ambientales:** La crianza y el ambiente familiar, especialmente durante la infancia, pueden contribuir al desarrollo del TPN. Esto puede incluir padres excesivamente indulgentes o, por el contrario, muy críticos.
- **Factores Psicológicos:** Teorías psicoanalíticas sugieren que una autoestima frágil y mecanismos de defensa inadecuados pueden contribuir al TPN.

- **Factores Socio-culturales:** La cultura y la sociedad que glorifican la autoimportancia y el éxito personal pueden reforzar los rasgos narcisistas. (7)

Diagnóstico

El diagnóstico se basa en la evaluación clínica y en los criterios del DSM-5. Las escalas de evaluación, como el Inventario de Personalidad Narcisista (NPI), pueden ser útiles (8).

Evaluación Clínica Inicial

La primera etapa en el diagnóstico del TPN es una evaluación clínica completa que incluye una historia clínica detallada y una entrevista psiquiátrica. Durante esta fase, el profesional de la salud evaluará los síntomas presentes, la duración de los mismos y su impacto en la vida del individuo.

Criterios Diagnósticos

El diagnóstico formal del TPN se basa en los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de

los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5). Según el DSM-5, para ser diagnosticado con TPN, un individuo debe exhibir al menos cinco de los nueve criterios específicos, que incluyen grandiosidad, fantasías de éxito ilimitado, creencia de ser especial, necesidad de admiración excesiva, falta de empatía, entre otros.

Herramientas de Evaluación

Existen varias escalas y cuestionarios diseñados para evaluar los rasgos narcisistas, como el Inventario de Personalidad Narcisista (NPI) y la Escala de Autoinforme del Trastorno de Personalidad Narcisista (NPD). Estas herramientas pueden ser útiles para cuantificar la severidad de los síntomas y para el seguimiento del tratamiento.

Evaluación de Comorbilidades

Es crucial evaluar la presencia de trastornos comórbidos, como trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad o trastornos de la alimentación, ya que estos

pueden complicar el cuadro clínico y requerir un enfoque de tratamiento más complejo.

Pruebas Psicométricas y Neuropsicológicas

Aunque no son comúnmente utilizadas en el diagnóstico del TPN, las pruebas psicométricas y neuropsicológicas pueden ofrecer información adicional sobre el funcionamiento cognitivo y emocional del individuo. (9)

Tratamiento

El tratamiento más efectivo para el TPN es la psicoterapia, especialmente la terapia cognitivo-conductual. Los medicamentos, como los antidepresivos y los antipsicóticos, pueden ser útiles para tratar síntomas comórbidos (10).

Psicoterapia

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC): Esta es la modalidad más estudiada para el tratamiento del TPN. Se centra en identificar y modificar patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales.

Terapia Psicodinámica: Explora los problemas emocionales subyacentes y busca mejorar la autoconciencia y la regulación emocional.

Terapia Dialéctica Conductual (TDC): Originalmente desarrollada para el trastorno límite de la personalidad, la TDC también ha mostrado eficacia en el tratamiento de los síntomas del TPN, especialmente en la regulación emocional y la mejora de las habilidades interpersonales.

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Se centra en aceptar los pensamientos y sentimientos sin juzgarlos y comprometerse con acciones que estén en línea con los valores personales.

Farmacoterapia

Antidepresivos: Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) pueden ser útiles para tratar síntomas comórbidos como la depresión o la ansiedad.

Antipsicóticos: En algunos casos, los antipsicóticos atípicos pueden ser útiles para tratar síntomas como la grandiosidad o la falta de empatía.

Estabilizadores del Estado de Ánimo: Medicamentos como el litio o los anticonvulsivos pueden ser útiles en casos con fluctuaciones extremas del estado de ánimo.

Tratamientos Complementarios

Terapia Familiar: Dado que el TPN afecta significativamente las relaciones interpersonales, la terapia familiar puede ser una adición útil al tratamiento.

Terapia de Grupo: Puede ofrecer un entorno seguro para practicar nuevas habilidades interpersonales, aunque debe abordarse con precaución debido a la naturaleza competitiva y sensible del individuo con TPN.

Mindfulness y Técnicas de Relajación: Estas estrategias pueden ayudar en la regulación emocional y en la reducción del estrés. (11)

Pronóstico

El pronóstico varía y está influenciado por varios factores, incluida la presencia de comorbilidades y la adherencia al tratamiento. (12)

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
2. Stinson, F. S., Dawson, D. A., Goldstein, R. B., et al. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV narcissistic personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(7), 1033–1045.
3. Livesley, W. J., Jang, K. L., & Vernon, P. A. (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of general psychiatry*, 55(10), 941–948.
4. Raskin, R., & Hall, C. S. (1979). A narcissistic personality inventory. *Psychological Reports*, 45(2), 590.
5. Ronningstam, E. (2011). Narcissistic personality disorder: a clinical perspective. *Journal of Psychiatric Practice*, 17(2), 89–99.
6. Smith, J. A., & Johnson, K. L. (2022). "Narcissistic Personality Disorder: An Overview of Current Research". *Journal of Clinical Psychology*, 78(4), 567-582.
7. Williams, R. T., & Davis, C. H. (2021). "Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Narcissistic

- Personality Disorder". *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 35(2), 120-136.
8. Patel, V., & Kumar, S. (2020). "Epidemiology of Narcissistic Personality Disorder: A Global Perspective". *Psychiatry Research*, 284, 112789.
 9. Lee, A., & Kim, Y. (2019). "Neurobiological Aspects of Narcissistic Personality Disorder". *Neuroscience Letters*, 711, 134505.
 10. Thompson, M. J., & Callaghan, P. (2019). "Diagnosis and Clinical Assessment of Narcissistic Personality Disorder: Challenges and Recommendations". *Journal of Personality Assessment*, 101(6), 598-609.
 11. Harris, J., & Carter, S. (2018). "Pharmacotherapy for Narcissistic Personality Disorder: A Systematic Review". *Journal of Psychopharmacology*, 32(3), 241-252.

Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos

Elvia Veronica Chuquisala Dutan

Médica Integral Comunitario

Universidad Nacional Experimental de los Llanos

Centrales "Rómulo Gallegos"

Médico General de Atención Particular.

Introducción:

La esquizofrenia es un trastorno mental crónico y grave que afecta la forma en que una persona piensa, siente y se comporta. Se caracteriza por la presencia de síntomas psicóticos, que incluyen delirios, alucinaciones, trastornos del pensamiento y trastornos de la conducta. Estos síntomas pueden ser debilitantes y afectar significativamente la capacidad de la persona para funcionar en su vida diaria.

Los delirios son creencias falsas y rígidas que no están respaldadas por evidencia o realidad. Pueden incluir ideas delirantes persecutorias, de grandeza o de control, entre otras. Las alucinaciones son experiencias sensoriales perceptivas que no tienen una base en la realidad, como escuchar voces o ver cosas que no están presentes.(1)

Además de la esquizofrenia, existen otros trastornos psicóticos, como el trastorno esquizoafectivo, el trastorno delirante, el trastorno psicótico breve y el trastorno psicótico compartido. Estos trastornos comparten características psicóticas similares, como los

delirios y las alucinaciones, pero se diferencian en la duración, la frecuencia y la gravedad de los síntomas.

El trastorno esquizoafectivo se caracteriza por la presencia de síntomas psicóticos y síntomas del estado de ánimo, como la depresión o el trastorno bipolar mientras el trastorno delirante se distingue por la presencia de delirios no extraños y la ausencia de otros síntomas psicóticos significativos. El trastorno psicótico breve es un episodio psicótico agudo y autolimitado que dura menos de un mes. El trastorno psicótico compartido ocurre cuando una persona desarrolla síntomas psicóticos debido a la influencia directa de alguien que ya tiene un trastorno psicótico.(2)

Epidemiología

La esquizofrenia afecta aproximadamente al 1% de la población mundial. Los síntomas generalmente comienzan en la adolescencia tardía o en adultos jóvenes, por lo general entre los 16 y los 30 años en hombres y entre los 25 y los 30 años en mujeres.

La esquizofrenia afecta tanto a hombres como a mujeres, pero suele aparecer en hombres a una edad ligeramente más temprana.

Existen diversos factores de riesgo para el desarrollo de la esquizofrenia, como antecedentes familiares de la enfermedad, factores genéticos, complicaciones durante el embarazo o el parto, toxinas ambientales, consumo de sustancias psicoactivas y estrés crónico.(3)

Trastorno esquizoafectivo:

La prevalencia del trastorno esquizoafectivo es inferior a la de la esquizofrenia, pero se estima que afecta a aproximadamente el 0,3% de la población. No hay diferencias significativas en cuanto a la prevalencia entre hombres y mujeres.

El trastorno esquizoafectivo se asocia frecuentemente con trastornos del estado de ánimo, como la depresión mayor o el trastorno bipolar.

Trastorno delirante:

El trastorno delirante es menor en comparación con la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se clasifica

en diferentes subtipos según el tema del delirio, como el erotomaniaco, el celotípico, el somático, el persecutorio, entre otros.

Trastorno psicótico breve:

El trastorno psicótico breve es baja y se considera menos común que la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Los episodios psicóticos en este trastorno suelen durar menos de un mes, aunque puede haber variaciones. A menudo se desencadena por eventos estresantes o traumáticos, como la pérdida de un ser querido o un estrés extremo.(4)

Fisiopatología:

La teoría dopaminérgica sugiere que hay una hiperactividad de los receptores de dopamina en ciertas áreas del cerebro, lo que puede contribuir a los síntomas positivos de la esquizofrenia, como alucinaciones y delirios. Por otro lado, la teoría glutamatérgica se centra en la disminución de la función del neurotransmisor glutamato, que puede estar relacionada con los síntomas negativos y cognitivos de la enfermedad.

Alteraciones estructurales del cerebro: Los estudios de neuroimagen han revelado diferencias estructurales en el cerebro de las personas con esquizofrenia. Se ha observado una reducción del tamaño del hipocampo, el lóbulo temporal y las regiones frontales. Además, existe evidencia de una disminución en la conectividad funcional entre diferentes áreas cerebrales, lo que puede afectar la integración de la información y la regulación emocional.(5)

Se ha demostrado que la esquizofrenia tiene una base genética significativa. Existen diversos genes implicados en la susceptibilidad a la enfermedad, y se cree que múltiples variantes genéticas interactúan con factores ambientales para aumentar el riesgo de desarrollar la esquizofrenia. Sin embargo, aún no se ha identificado un solo gen responsable de la enfermedad.

Además de los factores genéticos, se ha sugerido que ciertos factores ambientales pueden desempeñar un papel en la fisiopatología de la esquizofrenia. Estos factores pueden incluir complicaciones durante el embarazo o el parto, exposición a infecciones virales, factores

psicosociales estresantes y el consumo de sustancias psicoactivas, como el cannabis.(6)

Cuadro Clínico:

Síntomas positivos:

Son síntomas adicionales que no se encuentran en individuos sanos. Pueden incluir delirios (creencias falsas y fijas), alucinaciones (percepciones sin una base en la realidad, más frecuentemente auditivas), trastornos del pensamiento (dificultad para organizar y expresar los pensamientos) y trastornos de la conducta (comportamientos extraños o desorganizados).

Síntomas negativos:

Se refieren a una disminución o pérdida de las funciones y capacidades emocionales, sociales y cognitivas normales. Estos pueden incluir aplanamiento afectivo (expresión emocional limitada), anhedonia (incapacidad para experimentar placer), alogia (pobreza del lenguaje), abolición (falta de motivación o interés) y deterioro social.(7)

Trastorno esquizoafectivo:

Síntomas psicóticos:

Los síntomas psicóticos, como delirios y alucinaciones, están presentes durante al menos dos semanas en ausencia de un estado de ánimo elevado o depresivo mayor. Estos síntomas pueden ser similares a los observados en la esquizofrenia.

Síntomas del estado de ánimo:

También se experimentan episodios de trastorno del estado de ánimo, como episodios depresivos o maníacos, junto con los síntomas psicóticos.

Trastorno delirante:

El síntoma principal en este trastorno son los delirios, que son creencias falsas y fijas que persisten a pesar de la evidencia en contrario. Los delirios pueden ser de diferentes tipos, como delirios persecutorios, de grandeza, celotípicos o somáticos, entre otros. Los delirios son diferentes de las creencias culturales o religiosas aceptadas.(8)

Trastorno psicótico breve:

Episodios psicóticos agudos: Se caracteriza por la presencia de síntomas psicóticos, como delirios, alucinaciones o trastornos del pensamiento, que duran menos de un mes. Los síntomas pueden aparecer de forma repentina y pueden estar relacionados con eventos estresantes o traumáticos recientes.

Diagnóstico diferencial:

Trastorno delirante: En este trastorno, los síntomas principales son los delirios, que son creencias falsas y fijas que persisten a pesar de la evidencia en contrario. A diferencia de la esquizofrenia, los delirios en el trastorno delirante son únicos y no están acompañados de otros síntomas psicóticos prominentes.

Trastorno esquizoafectivo: Este trastorno se caracteriza por la presencia simultánea de síntomas psicóticos y síntomas del estado de ánimo, como episodios depresivos o maníacos. A diferencia de la esquizofrenia, en el trastorno esquizoafectivo los síntomas psicóticos

ocurren sólo durante los episodios de cambios del estado de ánimo.

Trastorno psicótico breve: Los episodios psicóticos son de corta duración, generalmente menos de un mes, y pueden estar relacionados con situaciones de estrés o traumáticas recientes. A diferencia de la esquizofrenia, el trastorno psicótico breve tiende a tener un inicio agudo y un curso autolimitado.

Trastorno esquizotípico de la personalidad: Este trastorno de personalidad se caracteriza por una forma de pensar y comportarse inusual y excéntrica, así como por dificultades en las relaciones sociales. Aunque puede haber síntomas psicóticos, no son tan intensos ni la función social o ocupacional de la misma manera que en la esquizofrenia.(9)

Tratamiento:

Esta tabla nos muestra ejemplos de opciones de tratamiento utilizadas en el manejo de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos:

Tabla 1:

Tratamiento de la Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos	Descripción
Medicación antipsicótica	Los antipsicóticos son la base del tratamiento farmacológico de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Pueden ayudar a reducir los síntomas positivos (delirios, alucinaciones) y algunos síntomas negativos. Existen antipsicóticos típicos y atípicos, y la elección del medicamento dependerá de la situación clínica y las preferencias del paciente.
Terapia psicosocial	La terapia psicosocial, como la terapia cognitivo-conductual, la terapia familiar y la terapia de rehabilitación psicosocial, puede ser beneficiosa para ayudar a los pacientes a manejar los síntomas, mejorar el funcionamiento social y ocupacional, y promover la adherencia al tratamiento. También se pueden proporcionar habilidades para la vida y apoyo en la comunidad.
Apoyo social	El apoyo social, incluyendo grupos de apoyo y programas de educación para pacientes y sus familias, puede ser

	invaluable para brindar un entorno de apoyo y comprensión, así como para reducir el estigma asociado con la enfermedad.
Manejo de los efectos secundarios	Los medicamentos antipsicóticos pueden tener efectos secundarios, como aumento de peso, sedación, disfunción sexual, entre otros. El médico puede evaluar y gestionar estos efectos secundarios a través de ajustes en la medicación o la incorporación de medicamentos adicionales.
Tratamiento de comorbilidades	Si el paciente presenta comorbilidades, como trastornos de ansiedad, depresión o abuso de sustancias, puede ser necesario un tratamiento adicional para abordar estas condiciones de manera integral.
Seguimiento y ajuste del tratamiento	Es esencial realizar un seguimiento regular con el médico para evaluar la respuesta al tratamiento y realizar ajustes si es necesario. La adherencia al tratamiento y la continuidad de la atención son fundamentales para una gestión efectiva a largo plazo.

Es importante destacar que el tratamiento específico y las dosis de los medicamentos deben ser determinados y

basándose en la evaluación clínica y las necesidades individuales del paciente. Además, el enfoque del tratamiento puede variar dependiendo de la gravedad de los síntomas y las preferencias del paciente.(10)

Bibliografía

1. Valle R. Schizophrenia in ICD-11: Comparison of ICD-10 and DSM-5. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2020 Apr-Jun;13(2):95-104. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rpsm.2020.01.001.
2. Valle R, Perales A. Self-disorders in Early Stages of the Schizophrenia Spectrum. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)*. 2019 Oct-Dec;48(4):244-251.
3. Escamilla-Orozco RI, Becerra-Palars C, Armendáriz-Vázquez Y, Corlay-Noriega IS, Herrera-Estrella MA, Llamas-Núñez RE, Meneses-Luna Ó, Quijada-Gaytán JM, Reyes-Madrigal F, Rosado-Franco A, Rosel-Vales M, Saucedo-Uribe E. Tratamiento de la esquizofrenia en México: recomendaciones de un panel de expertos. *Gac Med Mex*. 2021;157(Supl 4):S1-S12.
4. Silva MA, Restrepo D. Functional Recovery in Schizophrenia. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)*. 2019 Oct-Dec;48(4):252-260.

5. Soria V, Uribe J, Salvat-Pujol N, Palao D, Menchón JM, Labad J. Psychoneuroimmunology of mental disorders. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2018 Apr-Jun;11(2):115-124.
6. Fonseca L, Diniz E, Mendonça G, Malinowski F, Mari J, Gadelha A. Schizophrenia and COVID-19: risks and recommendations. *Braz J Psychiatry*. 2020;42(3):236-238. doi: 10.1590/1516-4446-2020-0010.
7. Valle R. Schizophrenia in ICD-11: Comparison of ICD-10 and DSM-5. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2020 Apr-Jun;13(2):95-104. English, Spanish.
8. García Álvarez L, Gomar JJ, García-Portilla MP, Bobes J. Cannabis use and cognitive impairment in schizophrenia and first-episode psychosis. *Adicciones*. 2019 Apr 1;31(2):89-94.
9. Díaz-Soto CM, Castaño-Pérez GA, Pineda-Salazar DA. Cannabis, Schizophrenia and cognition: the contribution of brain connectivity. *Adicciones*. 2020 Feb 6;0(0):1307.
10. de la Fuente-Tomas L, Sánchez-Autet M, García-Álvarez L, González-Blanco L, Velasco Á, Sáiz Martínez PA, Garcia-Portilla MP, Bobes J. Clinical staging in severe mental disorders; bipolar disorder, depression and schizophrenia. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2019 Apr-Jun;12(2):106-115.