

Material Imprimible

Curso de Asistente de Acompañamiento Terapéutico

Módulo 2

Contenidos:

- Tipos de trastornos: mentales, de ansiedad, por estrés postraumático, de alimentación, obsesivo compulsivo, del estado de ánimo, bipolar, límite de la personalidad
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
- Ataque de pánico, agorafobia y fobias
- Acción del Acompañante terapéutico y diferentes etapas de intervención

Nociones básicas de psicoanálisis

El psicoanálisis cumple un rol importante en el aporte de herramientas para la relación entre Acompañante Terapéutico y el paciente. Resulta fundamental para comprender algunos comportamientos que se encuentran relacionados a los trastornos mentales, que, muchas veces, tienen una raíz en la historia de la persona. Para esto, vamos a comprender cómo trabaja nuestra mente, qué pasa con los recuerdos y cómo influyen en nuestras emociones y en nuestra conducta.

Entre los años 1913 y 1915, Sigmund Freud enunció su primer postulado, un primer sistema para representar la mente humana.

Él pensó una estructura de la mente o aparato psíquico dividido en tres regiones a las cuales llamó:

- Consciente,
- Preconsciente
- E inconsciente

Estos serían, según Freud, los tres estratos mentales que indican la profundidad de los procesos psíquicos que ocurren en nosotros.

El nivel más periférico es el nivel **consciente**, es el “lugar” más accesible del aparato psíquico, ya que se encuentra formado por lo que percibimos, y es donde, de manera temporal, se sitúan las informaciones que recibimos del mundo que nos rodea, así como también de las experiencias que vivimos. Son las ideas, pensamientos y sentimientos de los que somos conscientes, lo que percibimos y registramos fuera y dentro de nosotros, nuestras emociones, reacciones, la elaboración de los pensamientos y la toma de decisiones.

El sistema consciente se maneja con el principio de realidad, respeta la temporalidad, se rige por leyes lógicas y se adapta al contexto en el que estamos aquí y ahora.

Luego le sigue es el nivel **preconsciente**. Este es el nivel más cercano a la conciencia, ambos están relacionados entre sí, ya que disponen de cierta movilidad. Es decir, que los contenidos o representaciones que se encuentran en este nivel, ingresan fácilmente al nivel consciente porque han sido olvidados sólo transitoriamente, aunque no tenemos presentes aquí y ahora sus contenidos, con relativa facilidad, podemos acceder a los recuerdos almacenados allí. Son los pensamientos o recuerdos que no están presentes todo el tiempo, se evocan cuando son necesarios y podemos traerlos a la memoria con poco esfuerzo. Este nivel funciona al igual que el consciente, respondiendo al principio de realidad y a las leyes lógicas, adaptándose al contexto.

Por ejemplo: alguien nos cuenta una anécdota de cuando éramos chicos, un recuerdo de alguna profesora, de un compañero de la escuela y al poco tiempo de escuchar el relato comenzamos a recordarlo. No lo teníamos presente y hubo que hacer un mínimo esfuerzo para recordarlo. A medida que comenzamos a recordarlo van apareciendo los detalles, el recuerdo estaba ahí, en el preconsciente, intacto.

El nivel más profundo de estos tres es el nivel **inconsciente**, sus contenidos no son accesibles a la conciencia fácilmente pues son vivencias traumáticas, informaciones reprimidas, impresiones desagradables generadas por sucesos que no nos conviene recordar ya que recordarlos podría producir displacer, sufrimiento, entonces quedan ocultos.

En este marco, la represión tiene un papel muy activo y se ejerce a fin de evitar que contenidos desagradables penetren en el consciente. La represión es uno de los mecanismos de defensa que permite vivir manteniendo enterrado todo aquello que dificultaría la vida de la persona.

A pesar de esto, su contenido tiende a manifestarse porque pertenece a nuestra vida y porque guarda una energía que tiene mucha fuerza en nuestro mundo emocional. Pero no lo hace de manera directa. Esos contenidos inconscientes se manifiestan: en los sueños, en los cuales la censura disminuye; en los actos fallidos de nuestra vida cotidiana,

o sea, en los errores que nos delatan; en los olvidos; en los chistes que muchas veces funcionan como pequeños actos de liberación de nuestras tensiones.

Hay motivaciones inconscientes que determinan nuestras decisiones y nuestros actos. Sin embargo, donde más intensa es la manifestación del inconsciente, es en los trastornos mentales.

Neurosis

Todos padecemos un grado de neurosis, pero cuando ésta supera nuestra capacidad de adaptación, se convierte en un problema psicológico.

La neurosis tiene síntomas externos como temores, manías, ansiedad, dolores físicos o parálisis, que son expresión de un conflicto interno que muchas veces tiene su origen en la historia del paciente. Se origina cuando el niño sufre una lucha entre el deseo y su prohibición. Normalmente, desconocemos las motivaciones internas que dominan nuestro comportamiento, muchas veces desconocemos por qué nos comportamos de una determinada manera, por qué tenemos tanto miedo ante un estímulo bastante neutro, por qué tenemos la tendencia a actuar de una manera determinada que ni siquiera nos gusta, por qué nos ponemos tan nerviosos ante una situación, etc.

Los **trastornos neuróticos** son aquellos trastornos emocionales o mentales que presentan un miedo irracional, desmedido o ansiedad significativa. Los trastornos neuróticos no tienen ninguna causa física y no presentan síntomas psicóticos como delirios o alucinaciones.

Trastorno mental

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración del estado cognitivo, la regulación de las propias emociones o del comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo del pensamiento, afectando de forma significativa la vida cotidiana de una persona.

La Organización Mundial de la Salud sostiene que: “Un trastorno mental o del comportamiento se caracteriza por una perturbación de la actividad intelectual, el estado de ánimo o el comportamiento que no se ajusta a las creencias y las normas culturales. En la mayoría de los casos, los síntomas van acompañados de angustia e interferencia con las funciones personales”.

Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo, ya sea social, laboral o de otras actividades sostenido en el tiempo, o una situación traumática ocurrida de forma repentina o por alguna discapacidad.

Hay una gran variedad de trastornos mentales, cada uno de ellos con manifestaciones distintas. En general, se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, que repercute en la conducta y las relaciones con los demás.

Las alteraciones leves de estos aspectos vitales son frecuentes, pero cuando provocan una angustia intensa a la persona afectada o interfieren en su vida diaria, se consideran trastornos de la salud mental. La mayoría de las personas experimentan sensaciones de estrés en algún momento de su vida, ya sea laboral, familiar o de otra índole.

Para diferenciar claramente la enfermedad mental de una conducta normal, el diagnóstico se va a basar en los siguientes aspectos:

- La gravedad y la duración de los síntomas
- Hasta qué punto afectan los síntomas a la vida diaria

Cuando una conducta afecta directamente la calidad de vida y las actividades cotidianas debe ser tratada.

El diagnóstico de un trastorno mental debe tener una utilidad clínica: debe ser útil para que el médico determine el pronóstico, para elaborar los planes de tratamiento y los

posibles resultados en sus pacientes. Sin embargo, el diagnóstico de un trastorno mental no siempre equivale a una necesidad de tratamiento.

DSM5

El DSM5, es la actualización del año 2013 del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, una herramienta de clasificación y diagnóstico publicada por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Este manual se divide en tres secciones:

- La primera sección está dirigida a proporcionar pautas para el uso clínico y forense del manual.
- La segunda sección incluye los criterios y códigos diagnósticos de los diferentes trastornos.
- Y la tercera sección es la que recoge medidas para la evaluación de los síntomas, y también una descripción de las condiciones clínicas que están actualmente en estudio.

El manual contiene descripciones, síntomas y otros criterios para diagnosticar trastornos mentales. El mismo comenzó a elaborarse en el año 1968, se va actualizando a lo largo de los años, siendo su última versión la número 5 modificada en el año 2013.

Los profesionales que lo utilizan como una guía saben que debe ser acompañado de juicio clínico además de los conocimientos profesionales y criterios éticos necesarios. Recuerden que el Acompañante Terapéutico jamás diagnostica, ni utiliza este manual, pero resulta importante saber de su existencia y finalidad ya que los diagnósticos, tratamientos, características de las patologías y pronósticos de evolución con los que nos manejamos provienen, en su gran mayoría, de los criterios utilizados en él.

Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad son un grupo de cuadros clínicos que se caracterizan por sus diferentes tipos de manifestaciones. A pesar de que la **ansiedad** es un padecimiento bastante común, se vuelve patológico cuando llega a manifestarse como preocupación y

miedo intensos, excesivos y continuos ante situaciones cotidianas; o como la anticipación a los hechos temidos, ante estímulos, ya sean externos o internos, que generan inquietud, excitación y nerviosismo.

Ahora bien, estas manifestaciones derivan en patología cuando su duración o intensidad es desproporcionada o desmedida en relación a la amenaza que la provoca, cuando la sensación ocurre en ausencia de una amenaza y, fundamentalmente, cuando produce un deterioro en el funcionamiento de la persona, afectando su desenvolvimiento en las actividades cotidianas. Cuando la ansiedad se presenta de esta manera generalizada y variable, impidiendo el desarrollo de una vida normal, generando angustia, y manifestaciones físicas y conductuales, es porque estamos en presencia de un **Trastorno de Ansiedad**.

Por otro lado, los trastornos de ansiedad son capaces de generar un alto nivel de sufrimiento personal, así como también problemas en el funcionamiento familiar, problemas en la pareja y en las relaciones interpersonales.

Es importante realizar tratamiento, ya que, sin el mismo, los trastornos de ansiedad se convierten en condiciones crónicas, perdurando en el tiempo y, dada la afectación física, mental y emocional, pueden empeorar complicándose con depresión y otras enfermedades médicas.

Síntomas y manifestaciones

Estos pueden ser físicos, emocionales o conductuales.

- Los físicos, por ejemplo, presentan problemas en los órganos blandos como el corazón, acumulación de grasas no saludables, gastritis, colon irritable, taquicardia y dolor de cabeza, entre otros.
- Los emocionales pueden ser ansiedad, miedo, irritabilidad o confusión.
- Y los conductuales son aquellas las manifestaciones en el comportamiento de la persona.

De acuerdo a la sintomatología presentada, el D.S.M 5 divide los distintos tipos de trastornos de ansiedad en:

- Ansiedad generalizada.
- Ansiedad Social o Fobia Social
- Claustrofobia
- Trastornos o ataques de Pánico
- Fobias Específicas
- Hipocondría
- Trastorno Obsesivo Compulsivo
- Trastorno de Estrés Postraumático
- Y agorafobia

Todos ellos tienen en común la sensación de miedo, con la característica de que es un miedo ante algo que, a veces, es desconocido o no se lo puede definir. Ese miedo es desmedido ante situaciones u objetos que pueden estar presentes o no y, que la mayoría de las personas, dentro del mismo contexto social, cultural, y dentro del mismo rango de edad, no le temería.

Causas de los trastornos de ansiedad

Estas aún no son claras, pueden ser efecto de algunas experiencias de vida, como, por ejemplo, algún acontecimiento traumático, que llegue a provocar los trastornos de ansiedad en personas que ya son propensas a la ansiedad. También puede ser un rasgo heredado.

Algunos problemas médicos también pueden llegar a ser relacionados con la ansiedad. El Mayo Clinic Family Health Book menciona los siguientes:

- Enfermedades cardíacas
- Diabetes
- Problemas de tiroides

- Trastornos respiratorios
- Uso inadecuado de sustancias o abstinencia
- Abstinencia del alcohol, de medicamentos contra la ansiedad o de otros medicamentos
- Dolor crónico
- Síndrome de intestino irritable
- También, la ansiedad puede ser un efecto secundario de algunos medicamentos.
- Diferencias en la química y la función del cerebro
- Diferencias en la forma de percibir las amenazas que tienen relación con el propio desarrollo y la personalidad. Por este motivo, hay personalidades que son más propensas a padecer un trastorno de ansiedad que otras.

Síntomas de ansiedad

Los síntomas de ansiedad se caracterizan por una serie de sensaciones físicas. Las sensaciones físicas, normalmente, son generadas por un sistema del organismo llamado sistema nervioso autónomo, que se activa de manera automática ante las situaciones de alarma, como si nos preparáramos para huir ante un peligro inminente.

Algunos de los síntomas físicos de la ansiedad son:

- Sudoración,
- Sequedad bucal,
- Mareos o vértigo,
- Tensión muscular,
- Cefalea,
- Dolores musculares,
- Temblores,
- Sensación de nudo en la garganta,
- Parestesias,
- Palpitaciones,

- Taquicardia,
- Dolor precordial,
- Disnea,
- Hiperventilación,
- Falta de apetito,
- Náuseas y
- Vómitos

Es necesario tener en cuenta que no todos los síntomas aparecen juntos ni con la misma intensidad.

Si bien los síntomas físicos de la ansiedad pueden ser un poco más reconocibles, los síntomas psicológicos no son tan evidentes. Entre ellos encontramos:

- Nerviosismo constante o episódico,
- Sobresaltos, impaciencia,
- Temblores,
- Estado de constante y desmedida preocupación,
- Irritabilidad,
- Dificultad en la concentración,
- Falta de memoria de corto plazo,
- Evitación de las situaciones temidas,
- Miedo a perder el control,
- Miedo injustificado, continuo y exagerado,
- Alteraciones de sueño,
- Pensamientos negativos,
- Pesadillas,
- Sensación de agobio,
- Temores, como a salir de la casa o a estar solo,
- También obsesiones y compulsiones,

- Sensación de muerte inminente.
- Otro síntoma puede ser la desrealización. Esto significa que la persona tiene la sensación de ver el contexto y la situación que se está viviendo como si no fuese real, esto da una sensación de estar en un sueño.
- Y, por último, la despersonificación o despersonalización que es la sensación de verse desde fuera del propio cuerpo. En este caso, al igual que el anterior, la sensación es de estar viviendo un sueño.

Los síntomas psicológicos y emocionales, al igual que los físicos, tampoco van a tener la misma intensidad.

Los síntomas anteriormente mencionados se tienen en cuenta para un diagnóstico cuando tienen una perdurabilidad de más de seis meses, o sea que la persona transitó por varios de estos síntomas durante más de seis meses.

Estos pueden manifestarse de distintas maneras, con distintas intensidades, en distintos momentos y con diferente perdurabilidad en el tiempo, y eso será lo que determine su diagnóstico y posterior tratamiento. Pueden presentarse como crisis o ataque, esto sería de manera repentina, en forma abrupta y episódica, correspondiendo al diagnóstico de trastorno de pánico o **ataque de pánico**, que se caracteriza por ser un episodio repentino de miedo o ansiedad intensos y los síntomas físicos que describimos anteriormente.

Ataque de pánico

El DSM5 describe al ataque de pánico como “la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos”

Esta sensación se basa en un peligro aparente y no inminente. Sin embargo, es importante que sepamos que los síntomas y sensaciones que vive la persona que está atravesando un ataque de pánico son muy fuertes para su propia percepción, son reales y no los puede controlar. Lo mejor es acompañar, estar, no hacer preguntas en ese momento, solo ayudar a que se sienta mejor de a poco, llevar tranquilidad, no dar agua en medio de la crisis.

Trastorno de Ansiedad Generalizada

Si se presentan los síntomas de forma persistente, fluctuante y continua va a corresponder a lo que llamamos Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Según el Dsm5, el trastorno de ansiedad generalizada tiene las siguientes características: “Ansiedad y preocupación excesiva, que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades, como en la actividad laboral o escolar. Al individuo le es difícil controlar la preocupación”.

El trastorno de ansiedad generalizada presenta un estado de preocupación constante que puede estar acompañado de ataques de pánico o síntomas de depresión. Esa ansiedad constante y aguda interfiere en las actividades cotidianas.

Este trastorno puede ocurrir a cualquier edad. Su duración oscila entre seis meses y un año, aunque, en algunos casos pueden ser más largos, en función del caso.

Fobias

Las fobias corresponden a un miedo irracional o excesivo, que a simple vista parecería exagerado, y que es desencadenado por la presencia o anticipación de un determinado objeto, animal o situación. Para las personas que sufren de este trastorno el peligro percibido es mucho mayor en sus mentes que en la realidad.

Existen las fobias simples que, según la descripción del DSM5, se producen cuando el miedo se desencadena por objetos, animales o situaciones, como, por ejemplo, el miedo a viajar en avión, a determinados animales, a la oscuridad, a la sangre, entre otras.

Pero no es lo mismo que tener impresión, ni lo mismo que nos asuste o que no nos guste determinado objeto o situación. Es más profundo que eso. Es una cuestión de percepción y confrontar a la persona con su fuente de fobia produce mucha angustia, pánico y desesperación.

Por otro lado, existen las fobias sociales. Aquí también el DSM5 hace una breve descripción y las define como “Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones

sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas.” Algunos ejemplos son las interacciones sociales, como, por ejemplo, mantener una conversación o reunirse con personas extrañas; el ser observado, como, por ejemplo, comiendo o bebiendo; y actuar delante de otras personas, como, por ejemplo, dar una charla. Esto lleva a una conducta que incluye la evitación de las situaciones en las que pudieran ser observados o criticados.

Agorafobia

Cuando hablamos de agorafobia nos estamos refiriendo a una patología, generalmente, asociada a los casos de trastorno de pánico, esto es lo que llamamos comorbilidad, una patología asociada a otras y lo vamos a ver en varios diagnósticos a lo largo del curso.

La agorafobia se encuadra dentro de los trastornos de ansiedad y lo podemos observar en un gran porcentaje, entre un 70 u 80% de los casos de trastornos de pánico.

Antiguamente la palabra significaba temor a los espacios abiertos. Sin embargo, en la actualidad, se define como el miedo a sentirse solo, desamparado, sin posibilidad de escapar. Es el temor a estar imposibilitado de recibir asistencia en caso de tener una crisis de pánico. Las personas que tienen trastorno de pánico con agorafobia son aquellas que no pueden salir de su casa. El mundo exterior representa una carga de ansiedad enorme para ellos y evitan toda situación de contacto con él, al punto de no poder salir por días, semanas u años si no es tratado correspondientemente.

Según el DSM5, “el individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos, como, por ejemplo, miedo a caerse en las personas de edad avanzada o miedo a la incontinencia.”

Trastorno por estrés postraumático

Este deriva del hecho de haber estado expuesto a un acontecimiento traumático, situaciones caracterizadas por muertes o amenazas para la integridad física propia o la de los demás, como puede ser algún tipo de accidente, robo, o alguna otra situación amenazante

Los síntomas característicos, según los enumera el DSM5, son:

- recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
- sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.
- el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo
- malestar intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
- esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
- esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
- incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
- reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
- sensación de desapego o enajenación frente a los demás
- restricción de la vida afectiva
- sensación de un futuro desolador
- dificultades para conciliar o mantener el sueño
- irritabilidad o ataques de ira
- dificultades para concentrarse
- hipervigilancia
- y respuestas exageradas de sobresalto

El trastorno por estrés postraumático se considera patológico cuando estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Conociendo las características y síntomas principales, y teniendo en cuenta que la persona que padece de algún trastorno de ansiedad realmente siente un miedo que la paraliza y que no puede manejar. Es importante ahora saber cómo acompañamos a alguien que está atravesando este tipo de situaciones.

- Se debe intervenir en la psicoeducación activa, para que el paciente pueda, de a poco, salir de sus limitaciones.
- Es necesario ayudar en la disminución de la angustia. Escuchar, contener los desbordes.
- También apoyar y estimular el cumplimiento de psicoterapias y medicación.
- Así como también, acompañar a la persona al regreso de sus tareas y actividades.

La **psicoeducación activa** sirve para que, paulatinamente, el paciente pueda “salir” de su casa y, a medida que vaya disminuyendo la angustia, “animarse” a reiniciar progresivamente sus tareas y actividades habituales. Esta consiste en un abordaje que enseña al afectado y su familia en qué consiste el trastorno, qué características tiene y qué se puede hacer para mejorarlo.

Tres etapas de intervención del Acompañante Terapéutico que sugiere el Dr. Guillermo Fernandez D’Adam, en su libro “Haciendo Caminos 3”. Estas son:

- Desensibilización esto quiere decir, desacondicionarse frente al problema. La desensibilización consiste en ayudar a que el paciente pueda identificar la percepción de sus imágenes espontáneas y cómo es en la realidad.
- La segunda es el afrontamiento del problema. Afrontar en grupo es luchar y confrontar con otros, el objeto que provoca la ansiedad, fobia, pánico o

cualquier síntoma que aumente el estrés. Ayuda a crear habilidades para hacerle frente a la dificultad.

- Y la tercera etapa es la exposición gradual. En esta fase, el paciente ya controla algunos de los síntomas, pero existe el riesgo de recaída que pueden hacer fracasar el tratamiento y, por lo tanto, el Acompañante Terapéutico debe tranquilizar a la persona y a su familia, explicándole que forma parte natural de la evolución del tratamiento.

Trastornos de alimentación

El DSM5 tiene un capítulo especial sobre este tipo de trastorno, donde describe como “trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos a aquel que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas.”

El tratamiento de los pacientes con trastornos de la alimentación puede realizarse en diversas modalidades, de acuerdo a la gravedad del caso o a la cantidad de recaídas, o al tipo de contención que puede brindar el entorno familiar. Estos pueden ser:

- En forma ambulatoria, con programas especiales y equipo interdisciplinario.
- con tratamiento intensivo domiciliario.
- o bajo la internación en instituciones especializadas en el abordaje de estos trastornos
- O, algunas veces, de acuerdo a la gravedad, puede ser a nivel hospitalario.

Las tres últimas opciones se recomiendan cuando hubo fracasos repetidos, mediante tratamiento ambulatorio y coexistan problemas físicos o psicológicos, con riesgo vital, que hagan necesario un tratamiento intensivo domiciliario o institucional.

Anorexia nerviosa

Dentro de los trastornos alimentarios se encuentra la anorexia nerviosa. El DSM5, la describe como la “restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a:

- un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física,
- miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo,
- alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación,
- o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

En este cuadro se ve alterada la percepción del peso y de la propia contextura corporal. Cuando hablamos de **percepción**, nos referimos concretamente a la forma en la que el cerebro es capaz de interpretar las sensaciones que recibe a través de los sentidos para formar una impresión de la realidad.

Entonces, en el caso de la anorexia, la persona se obsesiona con su peso y con lo que ingiere. Realiza constantes intentos de bajar de peso restringiendo estrictamente la ingesta de alimentos mediante las dietas o el ayuno.

Se desconoce la causa exacta de la anorexia. Al igual que con muchas enfermedades, probablemente, sea una combinación de factores biológicos, psicológicos y del entorno.

La anorexia puede tener muchas complicaciones y, en su forma más grave, puede ser mortal. Dentro de las complicaciones se puede encontrar:

- Anemia
- Problemas del corazón.
- Disminución de la masa ósea, esto aumenta el riesgo de sufrir fracturas

- Pérdida muscular
- En las mujeres, ausencia de la menstruación
- En los hombres, disminución de los niveles de testosterona
- Problemas gastrointestinales, como estreñimiento, hinchazón o náuseas
- Anomalías electrolíticas, como bajo nivel de potasio, sodio y cloruro en la sangre
- Problemas renales
- Depresión, ansiedad y otros trastornos del estado de ánimo
- Trastornos de la personalidad
- Trastornos obsesivos compulsivos
- Consumo indebido de alcohol y sustancias
- Autolesiones, pensamientos suicidas o intentos de suicidio

Muchos de los síntomas de la anorexia son vinculados a la desnutrición y también son síntomas de hambre. La sensación de hambre influye en los cambios del estado de ánimo, la estructura en el pensamiento y la ansiedad.

Bulimia nerviosa

Esta se caracteriza porque la persona pasa de tener períodos en que come compulsivamente, seguidos de otros períodos de culpabilidad y malestar con presencia de atracones recurrentes, generalmente, a escondidas, y conductas compensatorias inapropiadas con el fin de no ganar peso. Es un trastorno que se observa a menudo en mujeres jóvenes.

Por otra parte, se denomina **bulimia purgativa** cuando, además de las conductas descritas, se le suma la provocación del vómito. Con el fin de no ganar peso también puede incluir uso de laxantes, diuréticos, enemas, fármacos, ayuno y hasta ejercicio excesivo.

Los signos y síntomas de la bulimia pueden incluir:

- Preocuparse en exceso por la forma del cuerpo y el peso

- Vivir con constante miedo de aumentar de peso
- Repetir episodios de comer cantidades excesivas de alimentos de una sola vez
- Sentir una pérdida de control durante el atracón
- Forzar el vómito o hacer demasiado ejercicio para no aumentar de peso después de un atracón
- Ayunar, restringir las calorías o evitar ciertos alimentos entre atracones
- Usar suplementos dietéticos en exceso para bajar de peso

Mientras que muchos casos de bulimia son leves, los síntomas típicos se presentan algunos meses o años antes que el paciente busque ayuda. En lo psicológico puede derivar en una cronicidad potenciada con patologías psiquiátricas mayores, principalmente la depresión.

Atracón compulsivo

Se da cuando se ingiere alimento en un corto espacio de tiempo, en cantidades superiores a las normales, acompañado por la sensación de pérdida del control sobre la ingesta de alimento, generalmente, alimentos con un alto contenido calórico. Un atracón se reconoce porque la persona ingiere una cantidad importante de alimento, mientras experimenta una importante sensación de pérdida de control.

A diferencia de los casos anteriores, bulimia y anorexia, después de un atracón, la persona no suele vomitar, hacer dieta, usar laxantes ni hacer ejercicios físicos en exceso para compensar las calorías adicionales que ingirió por este motivo. La mayoría de las personas con trastorno por atracones tienen sobrepeso o son obesas.

La preocupación principal de las personas que sufren este problema está relacionada, por un lado, con el descontrol ante la comida, y por otro, por los efectos que dichos atracones pueden tener a largo plazo en la figura y el peso, lo cual acaba afectando su confianza, autoestima y las relaciones con el entorno.

El rol del Acompañamiento Terapéutico en los trastornos de alimentación

El rol del Acompañamiento Terapéutico en los trastornos de alimentación, siempre de acuerdo al caso y teniendo en cuenta las singularidades, tendrá como eje central, la posibilidad de registrar su observación, para brindar su aporte a la comprensión integral del paciente, sus circunstancias, sus vínculos. Colaborará en el trazado de límites y cambios en las actitudes funcionales tanto del paciente como de su entorno, acompañando en la reorganización de rutinas cotidianas y favoreciendo el sostén de las actividades y del tratamiento. En este sentido el Acompañante Terapéutico incorporará actividades de interés, acompañará en la incorporación de rutinas productivas, que resulten placenteras, siendo un agente facilitador de la integración social, laboral y familiar, siempre teniendo en cuenta las posibilidades y las necesidades de cada paciente. Así como también siempre procurando generar espacios que permitan que el paciente tenga un compromiso activo y una fuerte adherencia al tratamiento.

Es frecuente que estos pacientes tengan la sensación de persecución por parte de la familia, docentes, amigos o personas del entorno, que hacen intentos por “ayudar”, obligándolos a comer o controlando las ingestas. En este aspecto, resulta ser que el Acompañante Terapéutico puede ser visto como un agente persecutorio, lo cual dificulta una transferencia positiva para la estrategia.

El Acompañante Terapéutico, en este tipo de trastornos, debe tratar de ganarse la confianza del paciente, para que no lo sienta como una figura de control sino como una figura contenedora, con la que pueda hablar libremente de sus miedos, angustias, necesidades, etc. Sin la presión de sentirse juzgado por sus comentarios sino escuchado y aconsejado por una persona que busca su mejoría.

Varios de estos pacientes, tienen rasgos de depresión, muchos miedos, ansiedades, inseguridades. Puede ser parte de la estrategia acompañar al paciente en los momentos de ingesta. Transformando el momento de la comida en un acto social, donde compartir un momento agradable, oportuno para la charla. El Acompañante Terapéutico también

tiene un papel importante en la reeducación familiar, acompañando a la modificación de conductas, temas de conversación y actitudes frente al problema.

Trastornos del estado de ánimo o trastornos tímicos

El estado de ánimo puede ser normal, elevado o deprimido. Según la polaridad del humor, se distinguen dos tipos depresión o manía. El trastorno del estado de ánimo, se ve caracterizado por la existencia de alteraciones emocionales, consistentes en periodos prolongados de tristeza excesiva, es decir, depresión, de exaltación o euforia excesivas, o sea, manía, o de ambos. También pueden combinarse con otros estados como psicosis, ansiedad, TOC. El paciente pierde la sensación de control sobre su ánimo y experimenta malestar general, viéndose afectadas sus actividades cotidianas, sus vínculos y su calidad de vida.

El diagnóstico del trastorno del estado de ánimo se realiza en los casos en que la tristeza o la euforia son demasiado intensas, y por un periodo mayor a seis meses, cuando además aparece acompañado de otros síntomas característicos y, fundamentalmente, cuando se ve afectada la capacidad de llevar una vida normal a nivel físico, social y laboral.

Depresión

Dentro de los trastornos del estado de ánimo, el depresivo es el de mayor prevalencia. La depresión afecta los sentimientos, los pensamientos y el comportamiento de una persona, y puede causar una variedad de problemas tanto emocionales como también físicos. La depresión no es una debilidad ni una tristeza pasajera, es un estado de ánimo que no se puede manejar y que puede requerir tratamiento a largo plazo.

En la génesis de la depresión pueden participar distintos factores como:

- Biológicos en los que los niveles muy altos de cortisol y de varios agentes químicos actúan en el cerebro, como los neurotransmisores serotonina, dopamina y noradrenalina.

- Los factores genéticos son aquellos hereditarios
- Y los ambientales que refieren a situaciones negativas, familiares o laborales que pueden producir estrés y desencadenar en depresión.

La depresión afecta fundamentalmente el sistema del pensamiento y los procesos cognitivos, cuando hablamos de procesos cognitivos nos estamos refiriendo a los procesos que incluyen la memoria, el lenguaje, la percepción, el pensamiento y la atención son los que nos permiten el conocimiento y la interacción con el mundo que nos rodea.

Según el DSM5 para un diagnóstico de depresión mayor debe existir la presencia de cinco, o más, de los siguientes síntomas, durante un período de 2 semanas.

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso.
- Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- Agitación o enlentecimiento psicomotores.
- Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, que pueden ser delirantes, casi cada día.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días.
- Pensamientos recurrentes de muerte o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Estos no son causados por los

efectos fisiológicos directos de una sustancia, por ejemplo, una droga o un medicamento, o una enfermedad médica, como puede ser el hipotiroidismo.

Es imprescindible poder diferenciar la tristeza de la depresión, porque la depresión es un trastorno psicológico que debe tratarse profesionalmente, mientras que la tristeza es un estado mental pasajero, es un sentimiento muy común en nuestra sociedad tratándose de una reacción psicológica frente a una situación difícil o traumática que nos lastima.

Algunas diferencias entre ambas:

- La tristeza es pasajera, el estado depresivo dura meses.
- La tristeza es una reacción emocional a un acontecimiento determinado. La depresión puede no tener causas que la motiven.
- En la tristeza los síntomas son leves, en la depresión los síntomas son profundos e intensos.
- La tristeza no requiere de terapia, se va sola, se supera; la depresión, sí, requiere tratamiento.

Es importante tener en cuenta que, si el sentimiento de tristeza permanece por largo tiempo, como ser meses, puede llevar a un trastorno de depresión.

Trastorno maníaco depresivo o trastorno bipolar

Este es una alteración de los mecanismos bioquímicos que regulan tanto las emociones como el humor tanto de mujeres como de hombres. Por ese motivo, es que quienes lo padecen experimentan cambios en el estado de ánimo, en la percepción de la propia energía y, en consecuencia, cambios en la conducta. Cabe aclarar que cuando hablamos de conducta nos referimos a la manera de actuar, de desenvolverse en la vida cotidiana. Este trastorno puede ser crónico, generalmente, dura mucho tiempo y requiere un largo tratamiento o episódico, lo que significa que ocurre ocasionalmente y a intervalos irregulares.

No es como muchos piensan un problema de carácter o algo que se pueda resolver solamente con voluntad. Es mucho más profundo y requiere tratamiento de terapia conversacional y tratamiento farmacológico, ya que es una enfermedad mental severa.

Los síntomas del período depresivo son los mismos que los de la depresión. En cambio, la fase maníaca o manía se caracteriza por una percepción de autoestima exagerada o sensación grandiosidad por parte de quien lo padece, seguido de los siguientes síntomas, según el DSM5:

- Disminución de la necesidad de dormir, por ejemplo, la persona se siente descansada tras sólo 3 horas de sueño
- Se vuelve más habladora de lo habitual o verborreica
- Tiene fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
- Se distrae, por ejemplo, la atención se desvía muy fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes
- Aumento de la actividad intencionada, ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente
- Surge una implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves, como, por ejemplo, enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas

Para la persona que padece este trastorno no es fácil reconocer la naturaleza patológica de esta manera de actuar, por eso, no busca ayuda, pero, por otro lado, se ve afectada profundamente tanto el entorno laboral como el social. Dado que se trata de una alteración en los mecanismos bioquímicos que regulan las emociones y el humor, con el adecuado y oportuno tratamiento farmacológico los síntomas disminuyen hasta desaparecer, permitiendo la recuperación de la personalidad.

El trastorno bipolar, también puede presentarse con episodios de hipomanía. Un **episodio hipomaniaco** se define como un período delimitado durante el cual hay un

estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, y, a veces, irritable, que dura por lo menos 4 días.

Este período de estado de ánimo anormal debe ir acompañado, por al menos, otros tres síntomas de:

- Aumento de la autoestima o grandiosidad, no delirante,
- Disminución de la necesidad de dormir,
- Lenguaje verborrágico e impulsivo.
- Fuga de ideas,
- Distraibilidad
- Aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e
- Implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves.

Esta lista de síntomas es idéntica a la que define un episodio maníaco excepto que no aparecen ideas delirantes ni alucinaciones.

En general, los episodios hipomaníacos comienzan de forma brusca, con un incremento rápido de los síntomas en 1 o 2 días. Los episodios suelen durar de algunas semanas a varios meses. En muchos casos, el episodio hipomaníaco puede ir precedido o seguido de un episodio depresivo. Según estudios, un gran porcentaje de los sujetos con hipomanía pueden presentar algún episodio maníaco.

Trastorno de la personalidad borderline o trastorno límite de la personalidad

Esta es una enfermedad mental grave que se distingue por los estados de ánimo, comportamiento y relaciones inestables. La mayoría de las personas con el trastorno límite de la personalidad sufren de:

- Problemas para regular las emociones y pensamientos
- Comportamiento impulsivo e imprudente
- Y relaciones inestables con otras personas

Para recibir un diagnóstico del trastorno límite de la personalidad, una persona debe demostrar un patrón duradero de comportamiento que incluya, al menos, cinco de los siguientes síntomas:

- Reacciones extremas, como pánico, depresión, ira o acciones frenéticas, incluyendo abandono real o percibido
- Un patrón de relaciones intensas y tempestuosas con la familia, amigos y seres queridos, que, en general, cambia entre la cercanía extrema y amor extremo a una aversión o ira extremas
- Imagen propia o autoestima distorsionada e inestable, que pueden causar cambios repentinos en los sentimientos, opiniones, valores o planes y objetivos para el futuro, como las elecciones de estudios o carrera
- Comportamientos impulsivos y con frecuencia peligrosos, como comprar a lo loco, sexo sin protección, abusar de sustancias, conducir de forma imprudente y darse atracones de comida
- Comportamientos o amenazas suicidas recurrentes o comportamientos de automutilación
- Ánimos intensos y muy cambiables, con episodios que duran desde unas pocas horas hasta varios días
- Sentimientos crónicos de vacío o aburrimiento
- Ira inadecuada e intensa o problemas para controlar la ira
- Pensamientos paranoicos relacionados con el estrés o síntomas severos de disociación, como sentirse separado de uno mismo, observarse desde fuera del cuerpo o perder contacto con la realidad

El trastorno límite de la personalidad, generalmente, comienza durante la adolescencia o la adultez temprana, pero según especialistas hay signos y síntomas en la infancia.

Tiene comorbilidad con otros trastornos como, depresión mayor, trastornos de ansiedad, de alimentación, abuso de sustancias y el trastorno de personalidad antisocial.

Algunas personas con el trastorno límite de la personalidad padecen síntomas severos y requieren cuidado intensivo, muchas veces, con hospitalización. Otros puede que reciban tratamientos ambulatorios sin, nunca, necesitar hospitalización ni cuidados de emergencia.

Cómo acompañar a personas que tienen este trastorno

- Ofrecer apoyo emocional, ser paciente, comprensivo y animarlo; el cambio puede ser difícil y aterrador para personas con el trastorno límite de la personalidad, pero es posible para ellos mejorar con el tiempo
- Conocer los síntomas que produce este trastorno, para poder entender lo que está viviendo la persona que lo transita.
- Tener comunicación directa con el terapeuta el trabajo en equipo es fundamental
- Nunca ignorar los comentarios sobre la intención o el plan de una persona de lastimarse a sí misma. Informar dichos comentarios al terapeuta o médico de esa persona.
- En situaciones de emergencia nunca dejar sola a la persona acompañada.

Trastorno obsesivo compulsivo o TOC

Las características más comunes son la obsesión y la compulsión las cuáles penetran con insistencia y permanencia en la conciencia del individuo. Un sentimiento de amenaza ansiosa ocurre si, por alguna razón, se evita el pensamiento o acto. Por este motivo es que la obsesión o compulsión se experimentan como si fueran algo extraño para sí mismo; es inaceptable e incontrolable. El individuo reconoce la calidad absurda e irracional de la obsesión o compulsión y siente la necesidad resistirse a ellas, lo que produce angustia.

Las **obsesiones** se definen como pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, causando ansiedad o malestar significativos. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos, ya que reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente.

Las **compulsiones**, en cambio, se definen por comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos. Sin embargo, estos comportamientos sus operaciones mentales, o bien no están conectados en forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.

La Doctora Sonia Kodysz, Medica Especialista en Psiquiatría menciona en su artículo "Trastorno Obsesivo-Compulsivo" los siguientes tipos de obsesiones y compulsiones y las comorbilidades que pueden encontrarse en este trastorno.

Entre los tipos de obsesiones podemos encontrar:

- de contaminación, como el miedo a la suciedad o a contraer enfermedades
- de agresión
- de temores corporales
- de simetría, orden
- de exactitud

Por su parte, los temores obsesivos caen dentro de dos tipos principales:

- temor al daño, a sí mismo o a los demás

- sensación de intranquilidad, como una amenaza inminente inespecífica

A su vez, los tipos de compulsiones son:

- compulsión a la limpieza, lavado de manos reiterados
- de chequeo y control, como llaves de gas o desenchufar plancha
- apagar y encender luces varias veces, cerrar con llave la puerta en forma reiterada, leer el mismo párrafo varias veces, etc.

La compulsión puede aliviar parte de la ansiedad generada por una obsesión.

Respecto a las comorbilidades, el trastorno obsesivo compulsivo tiene comorbilidad con otro tipo de trastornos, como, por ejemplo, en pacientes con:

- Depresión, ya que un gran porcentaje de los pacientes con TOC desarrollan depresión secundaria de importancia clínica
- En casos de trastorno por estrés postraumático o trastorno por angustia
- Pacientes con abuso de sustancias psicoactivas
- Alcoholismo
- Otros Trastornos de Ansiedad, como, por ejemplo, Fobia Social,
- Trastornos Alimentarios
- Trastorno obsesivo compulsivo de la Personalidad
- Esquizofrenia
- Síndrome de Tourette

La psicoterapia y el abordaje psicofarmacológico es la indicación terapéutica en el tratamiento del paciente que sufre de TOC.