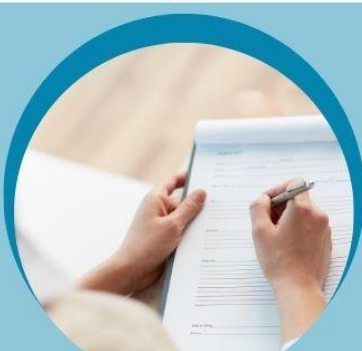


CUEVAS
EDITORES



PSIQUIATRÍA EN LA PRÁCTICA MÉDICA GENERAL

BYRON OSWALDO MORALES ZÚÑIGA
MARÍA EUGENIA VANEGAS RODAS
MOISES ISRAEL VASQUEZ LLERENA
STEPHANIE PAOLA BRIONES DOLBERG



Psiquiatría en la Práctica Médica General

Byron Oswaldo Morales Zúñiga

María Eugenia Vanegas Rodas

Moises Israel Vasquez Llerena

Stephanie Paola Briones Dolberg

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: 978-9942-568-47-2

Una producción © Cuevas Editores SAS

Mayo 2025

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

Depresión Mayor: Avances en Diagnóstico y Tratamiento.....	5
Intervenciones Terapéuticas en Trastornos Alimentarios: Enfoques Multidisciplinarios.....	11
Psicopatología Del Trastorno De Personalidad Diagnóstico Y Manejo.....	17
Trastornos Bipolares: Manejo Farmacológico Y Psicoterapéutico.....	25

Depresión Mayor: Avances en Diagnóstico y Tratamiento

Byron Oswaldo Morales Zúñiga

Médico Universidad Católica de Cuenca

Médico General de Primer Nivel de Atención Centro de Salud Innfa.

Introducción

La depresión mayor encierra más de lo que se ve a simple vista, pues se debe tener en cuenta la maraña de factores que acompañan a estos trastornos mentales y sus tratamientos. Durante años, nuestra forma de comprender la depresión se ha ido transformando; en muchos casos se descubrió que los aspectos biológicos, emocionales y hasta culturales se mezclan de maneras insólitas, algo que se plasma en el enfoque biopsicosocial – base de la psiquiatría actual Colombo et al. 2022. Este modo de ver las cosas, que a su vez ha abierto caminos novedosos tanto para diagnosticar como para tratar, no está exento de problemas; de hecho, aun hoy se hallan retos, especialmente cuando intentamos definir con exactitud la condición. Con la llegada del DSM-5 se ampliaron las perspectivas diagnósticas, obligándonos a adentrarnos más en la forma en que se desarrolla la patogénesis de la depresión y a revisar sus alternativas terapéuticas 297 et al. 2022. Por añadidura, el congreso sobre patología dual, representado visualmente en , insiste en la necesidad de una mirada interdisciplinaria, pues la interconexión entre diferentes áreas resulta esencial para entender la salud mental de forma integral.

Descripción general de la Depresión Mayor y su importancia en la salud mental

La Depresión Mayor impacta la salud mental de forma tan intensa que sus efectos se extienden más allá del individuo, tocando a sus familias y a las comunidades. En muchos casos, se nota en una tristeza que parece no acabar, en la pérdida de interés por actividades que antes solían iluminar el día y en una fatiga extrema que desbarata la rutina diaria, dificultando seriamente la interacción social. Detectar esta afección a tiempo es fundamental; por ello, los médicos de atención primaria juegan un papel clave en diagnosticar y gestionar el trastorno, lo que destaca la urgente necesidad de contar con herramientas de evaluación eficaces en entornos clínicos Kamal AA et al. 2023.

Por otro lado, la fusión entre la inteligencia artificial y la salud mental abre caminos novedosos para identificar y tratar los trastornos depresivos – un enfoque, generalmente hablando, más integral y respaldado por datos que mejora los resultados clínicos Kwok et al. 2024. Así, es imperativo seguir investigando y creando estrategias que refuercen la salud mental y, en última instancia, impulsen el bienestar social.

Indicador	Valor
Prevalencia mundial de la depresión	Más de 350 millones de personas afectadas
Prevalencia de la depresión en América Latina y el Caribe	5% de la población adulta
Porcentaje de personas con depresión que no reciben tratamiento en América Latina y el Caribe	60% a 65%
Porcentaje de la carga mundial de enfermedades representada por trastornos mentales y neurológicos	14%
Porcentaje de la carga de enfermedades en América Latina y el Caribe representada por trastornos mentales y neurológicos	22%
Incremento en la prevalencia de la ansiedad y la depresión durante el primer año de la pandemia por COVID-19	25%

Prevalencia y carga de la Depresión Mayor a nivel mundial y en América Latina

Avances en el Diagnóstico

Los avances en el diagnóstico de la depresión mayor han revolucionado la práctica clínica, permitiendo identificar a quienes la padecen de forma mucho más precisa. Se han ido incorporando tecnologías novedosas que, mediante herramientas digitales, ayudan a evaluar los síntomas y a clasificar mejor esos trastornos depresivos; todo esto, en la mayoría de los casos, resulta sorprendente. Hay estudios que indican que unir el diagnóstico tradicional con el uso de criterios basados en biomarcadores —que en algunas situaciones pueden pronosticar cómo responderá el paciente al tratamiento N/A 2021— es fundamental. También resulta notable que esta transformación no se limita a optimizar las intervenciones médicas, sino que, de manera casi natural, nos empuja a considerar el bienestar espiritual y psicosocial, aspectos que influyen bastante en la calidad de vida, tal como han sugerido recientes investigaciones sobre la salud mental Sari et al. 2019. En definitiva, la adopción de estos métodos augura un futuro, algo esperanzador, en el tratamiento de la depresión.

El papel de la neuroimágenes y los biomarcadores en la identificación de la Depresión Mayor

Estudios recientes han mostrado que las neuroimágenes y ciertos biomarcadores juegan un papel clave en detectar la Depresión Mayor, revelando de forma inesperada nuevas ideas sobre su fisiopatología. Estas técnicas permiten notar, sin tanta

elaboración, cambios en la actividad y química cerebral, aportando datos medibles que ayudan a descifrar los mecanismos internos del trastorno. Por ejemplo, los biomarcadores moleculares –factores neurotróficos, entre otros– han demostrado un potencial interesante para anticipar la respuesta a intervenciones sin fármacos, lo que podría, en muchos casos, ajustar las opciones terapéuticas disponibles Carvalho et al. 2023. La neuroimagen, por su parte, revela patrones específicos en la actividad cerebral y se vuelve especialmente relevante cuando alrededor del 30% de los pacientes no responden adecuadamente a tratamientos tradicionales Szulc A et al. 2023. La unión entre tecnología y psicología traza, con ligeras complicaciones y matices, un camino esencial hacia diagnósticos más precisos y personalizados.

Innovaciones en el Tratamiento

La tecnología actual ha cambiado de forma radical el tratamiento de la depresión mayor. Hoy en día se experimenta con métodos de aprendizaje automático para detectar la enfermedad en sus primeras etapas, lo que resulta, en muchos casos, bastante sorprendente. Por ejemplo, se ha observado que el tamaño de la pupila puede funcionar como un marcador útil para distinguir entre personas con síntomas depresivos y aquellas que se mantienen mentalmente sanas. En un estudio reciente se usaron redes neuronales convolucionales y se consiguió –de modo asombroso– una precisión del 98.28 % en la clasificación basada en el diámetro pupilar (Aboamer et al. 2024). También se ha visto, y vale la pena señalar, que la aprobación de tratamientos como el Teprotumumab para enfermedades autoinmunes sugiere, en líneas generales, que innovaciones en áreas conexas pueden influir, de forma indirecta, en el manejo de los trastornos del estado de ánimo. Este hecho, evidentemente, marca la importancia de unir diversos campos de conocimiento para abordar de manera más compleja y complementaria los retos que plantea la salud mental (Russo A et al. 2024).

Terapias emergentes: Ketamina y su impacto en la depresión resistente al tratamiento

La depresión que no responde bien al tratamiento es, en muchos sentidos, un problema enorme que deteriora la calidad de vida de muchas personas. Aunque existen varias terapias disponibles, suele verse que algunos pacientes no mejoran lo esperado, lo que hace fundamental buscar otras alternativas. En este punto, la ketamina surge como una propuesta novedosa, mostrando—en la mayoría de los casos—resultados que sorprenden positivamente. Se cree que su potencial se debe, en parte, a cómo influye en neurotransmisores, por ejemplo, el L-glutamato, el cual cumple un rol crucial en la fisiopatología de la depresión resistente C Courtes et al. 2023. Diversos estudios han sugerido que, con la administración de ketamina, se pueden observar respuestas rápidas y notables; incluso, en situaciones en las que otros tratamientos no habían funcionado, se logra un cambio significativo Ontiveros et al. 2019. Por consiguiente, la exploración de terapias emergentes como la ketamina no solo abre nuevas esperanzas, sino que, de forma general, replantea las estrategias para abordar la depresión resistente.

Conclusión

El aumento de la depresión mayor y su notable efecto en la calidad de vida marcan, en cierto modo, una inminente necesidad de mejorar tanto el diagnóstico como el tratamiento. Se están explorando caminos novedosos en el estudio de biomarcadores; por ejemplo, algunos investigadores miran el mBDNF y cómo se comporta el cortisol al despertar —lo que, generalmente hablando, abre una oportunidad para que la atención clínica se adapte mejor a este trastorno (Lobao-Soares et al. 2021. Claro, aunque estos avances nos dan herramientas interesantes, es importante recordar que la depresión no se debe a un único factor; en muchos casos, los aspectos psicosociales y ciertos estilos de vida juegan un rol fundamental Ball et al. 2020. De ahí que, en la práctica, adoptar una visión más integral que combine enfoques biomédicos y psicosociales se vuelve bastante necesario para desarrollar tratamientos más efectivos. En definitiva, comprender la complejidad y los matices de la depresión mayor no solo podría mejorar los resultados clínicos, sino también favorecer el bienestar general de los afectados. Y bueno, la imagen refuerza, de forma bastante sutil, la importancia de una investigación que cruza varios campos en la evolución del tratamiento.

El futuro del diagnóstico y tratamiento en la Depresión Mayor y la importancia de la investigación continúa

Profundizar en la depresión mayor nos impulsa a apostar por métodos novedosos que agilicen el diagnóstico y la terapia; es vital unir distintas perspectivas en cada paso. Una investigación continua resulta clave para detectar biomarcadores y entender de manera casi instintiva cómo se manifiestan los síntomas en cada persona, lo que abre la puerta a tratamientos más ajustados. Se nota que la diversidad en la presentación de los síntomas y en las respuestas terapéuticas varía enormemente entre individuos, lo que demanda un enfoque que abarque varios ángulos (Szulc A et al. 2023). Por otro lado, el uso de las artes —en especial la música— en la salud mental se ha mostrado prometedor, rompiendo esquemas tradicionales y resaltando, de forma casi natural, la importancia del bienestar emocional en el proceso de recuperación (Clift et al. 2023). En última instancia, el futuro del diagnóstico y el manejo de la depresión mayor no depende únicamente de avances biomédicos, sino que se funda en una fusión de saberes de diversas disciplinas que, en definitiva, enriquecen la experiencia del paciente. La imagen más relevante que refuerza este argumento es.

Referencias

- Colombo, C., Fregna, L., Martini, F., Pacchioni, et al. 2022, "Introduction" doi: <https://core.ac.uk/download/559263163.pdf>
- 297, 314, 35, 39, 400, 413, Aoi ASHIZUKA, et al. 2022, "Is depression a somatic disease or a psychiatric disorder?" Osaka Kawasaki Rehabilitation University, doi: <https://core.ac.uk/download/638517420.pdf>
- Agata Szulc, Andre Decraene, Andrea Fiorillo, Andrew Chan, Błażej Misiak, Claudio L. A. Bassetti, Geert Dom, et al. 2023, "The Future of Diagnosis in

- Clinical Neurosciences: Comparing Multiple Sclerosis and Schizophrenia" Cambridge University Press, doi: <https://core.ac.uk/download/572880723.pdf>
- Carvalho, Sandra, Coelho, Patrícia S., Gonçalves, Óscar F., Irwin, et al. 2023, "Non-pharmacological treatment-related changes of molecular biomarkers in major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis" 'Elsevier BV', doi: <https://core.ac.uk/download/554078213.pdf>
 - Ontiveros, Jose Alfonso 2019, "Resistant Depression" 'IntechOpen', doi: <https://core.ac.uk/download/322443079.pdf>
 - C Courtes, Alan, Jones, Gregory, Machado-Vieira, Rodrigo, Soares, et al. 2023, "Pharmacotherapies Targeting GABA-Glutamate Neurotransmission for Treatment-Resistant Depression" DigitalCommons@TMC, doi: <https://core.ac.uk/download/619411293.pdf>
 - Abdullah Adil Kamal, Abdulrahman Saeed Alahmari, Alaa Essam Nuqali, Alsahaf, Adnan Ibrahim A, Amirah Talal Al Zahrani, Amnah Ibrahim Alsamti, et al. 2023, "The Role of Family Physicians in Mental Health Care: Screening, Diagnosis, and Treatment Options" ASSOC ADVANCEMENT ZOOLOGY , AZADANAGAR COLONY RUSTAMPUR, GORAKHPUR, INDIA, 273001, doi: <https://core.ac.uk/download/603897402.pdf>
 - Kwok, Wai Hang, Wang, Guanjin, Zhang, Yuanpeng 2024, "Artificial intelligence in perinatal mental health research: A scoping review" Edith Cowan University, Research Online, Perth, Western Australia, doi: <https://core.ac.uk/download/621356877.pdf>
 - (Lobao-Soares, Bruno, Almeida, Raissa Nobrega, Cecilio Hallak, Jaime Eduardo, de Araujo, et al. 2021, "Potential biomarkers of major depression diagnosis and chronicity" 'Public Library of Science (PLOS)', doi: <https://core.ac.uk/download/523538946.pdf>
 - Ball, E., Khan, K. S. 2020, "Recent advances in understanding and managing chronic pelvic pain in women with special consideration to endometriosis" 'F1000 Research Ltd', doi: <https://core.ac.uk/download/305120038.pdf>
 - Aboamer, Mohamed A., El-Wakad, Mohamed Tarek, Mohamed, Islam Ismail, Rahman Mohamed, et al. 2024, "Major depressive disorder: early detection using deep learning and pupil diameter" Institute of Advanced Engineering and Science, doi: <https://core.ac.uk/download/622485490.pdf>
 - Andrea Russo, Anna Scarabosio, Antonio Longo, Caterina Gagliano, Edoardo Agosti, Etash Jhanji, Fabiana D'Esposito, et al. 2024, "Thyroid eye disease: advancements in orbital and ocular pathology management" place:Basel, 4052 Svizzera, doi: <https://core.ac.uk/download/621399259.pdf>
 - N/A 2021, "Novel Strategies in Ischemic Heart Disease" 'IntechOpen', doi: <https://core.ac.uk/download/478115335.pdf>
 - Sari, N. P. (Ni) 2019, "Spiritual Wellbeing in Breast and Cervical Cancer Survivors: Differences in Each Stage of Survivorship" 'Institute of Advanced Engineering and Science', doi:

<https://media.neliti.com/media/publications/300527-spiritual-wellbeing-in-breast-and-cervic-70b6122c.pdf>

- Agata Szulc, Andre Decraene, Andrea Fiorillo, Andrew Chan, Błażej Misiak, Claudio L. A. Bassetti, Geert Dom, et al. 2023, "The Future of Diagnosis in Clinical Neurosciences: Comparing Multiple Sclerosis and Schizophrenia" Cambridge University Press, doi: <https://core.ac.uk/download/572880723.pdf>
- Clift, Stephen, Coren, Esther, De Quadros, Andre, Kreutz, et al. 2023, "A critical appraisal of research in arts, health and wellbeing" Frontiers, doi: <https://core.ac.uk/download/642947750.pdf>
- TABLEWorld Health Organization. La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo. *World Health Organization*. 2022;.. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo>. *Note.* Adapted from La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo, by World Health Organization, 2022, World Health Organization. Retrieved from <https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo>. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. *Organización Panamericana de la Salud*. 2012;.. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/9-10-2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-es-trastorno-mental-mas-frecuente>. *Note.* Adapted from Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente, by Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2012, Organización Panamericana de la Salud. Retrieved from <https://www.paho.org/es/noticias/9-10-2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-es-trastorno-mental-mas-frecuente>.
- Congreso sobre Patología Dual en Sevilla, 2021. [Internet]. 2025 [cited 15/04/2025]. Available from: https://0.academia-photos.com/attachment_thumbnails/107910122/mini_maggick20231127-1-k93vx4.png?1701085409

Intervenciones Terapéuticas en Trastornos Alimentarios: Enfoques Multidisciplinarios

María Eugenia Vanegas Rodas

Universidad Católica de Cuenca Médica

Médica

Definición

Los trastornos alimentarios son un reto complicado en el ámbito de la salud mental, pues se generan a partir de la conjunción de varios factores que se mezclan y se mantienen con el tiempo. Se reconocen estas afecciones desde hace siglos, y hoy en día se observa, de forma un tanto sorprendente, un aumento en sociedades industrializadas; la predisposición genética, las experiencias tempranas y las presiones culturales se funden de manera casi inseparable. Según el DSM-5, se integran condiciones como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, entre otras, lo que no solo afecta profundamente a nivel psicológico, sino que además puede acarrear serias complicaciones médicas. En la mayoría de los casos, este panorama obliga a que las intervenciones sean multidisciplinarias, involucrando psiquiatras, psicólogos y nutricionistas, lo cual—aunque a veces parezca complejo—puede favorecer mejores resultados clínicos en un trastorno que tiende a ser crónico y, en ocasiones, potencialmente mortal Carminati M et al. 2022. Por otro lado, las políticas actuales promueven un acceso más fácil a tratamientos especializados, reconociendo la necesidad de un cuidado centrado en la persona, algo que tenga en cuenta la diversidad de presentaciones y contextos sociales en que se manifiesta la enfermedad Conti et al. 2023.

Clasificación

Los trastornos alimentarios se muestran con una diversidad que, en la mayoría de los casos, complica tanto su diagnóstico como la elección del tratamiento. Por ejemplo, el DSM-5 distingue entre la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, y, además, agrega las categorías de trastornos alimentarios especificados y no especificados Carminati M et al. 2022—lo cual, en cierto modo, extiende las clasificaciones anteriores y mejora la identificación clínica. Esta forma de ordenar la información no solo ayuda a aclarar la situación diagnóstica, sino que también impulsa el diseño de estrategias terapéuticas que mezclan las perspectivas de psiquiatras, psicólogos y nutricionistas, cada uno adaptando sus métodos según el tipo y la severidad del caso. Recientemente se han integrado, generalmente, técnicas de mindfulness como valiosos añadidos a los tratamientos, especialmente en escenarios que exigen una atención muy integral Hubinger et al. 2019. En definitiva, una clasificación acertada es fundamental para personalizar las intervenciones y favorecer una coordinación más fluida entre los distintos profesionales.

Epidemiología

Entender la epidemiología de los trastornos alimentarios resulta esencial para idear terapias que realmente hagan la diferencia. Hace ya algunas décadas se observa un marcado aumento en la prevalencia de anorexia y bulimia, sobre todo en países industrializados; este fenómeno, que en general se asocia a la mezcla de factores genéticos, experiencias vividas desde muy pequeños y ciertas presiones socioculturales, se da en su etiología Carminati M et al. 2022. A veces, este incremento nos recuerda la necesidad de que disciplinas diversas colaboren para abordar no solo los síntomas, sino también esos determinantes sociales que afectan la salud. Por otro lado, se valora cada vez más la participación de la comunidad en la promoción del bienestar y en la lucha contra las desigualdades, lo cual propicia un enfoque más integral y contextualizado School U of Medicine et al. 2019. En definitiva, la epidemiología no se limita a señalar quiénes son vulnerables, sino que apoya la puesta en marcha de estrategias terapéuticas integrales en las que intervienen distintos profesionales, algo crucial para mejorar los resultados en esta compleja patología.

Fisiopatología

Entender la fisiopatología en los trastornos alimentarios resulta clave para crear intervenciones que no se quedan solo en tratar síntomas evidentes, sino que también buscan llegar al fondo de los procesos internos. Estos problemas surgen de una mezcla algo enrevesada: factores genéticos, condiciones neurobiológicas y elementos ambientales se combinan y afectan la regulación del apetito, el metabolismo y, en muchas ocasiones, la percepción del cuerpo. Hay estudios recientes – por ejemplo, en enfermedades con bases genéticas o en malformaciones como el síndrome de Crouzon Tiberio F et al. 2025 – donde, en la mayoría de los casos, se evidencia que comprender a nivel molecular lo que sucede permite personalizar tratamientos; y, en cierto modo, esta idea se aplica a los trastornos alimentarios, dado que las disfunciones neuroendocrinas juegan un rol muy importante. Por otro lado, las alteraciones gastrointestinales que se observan con frecuencia en estos pacientes muestran, de forma casi natural, una interacción entre el sistema digestivo y determinados factores psicológicos Chughtai MA et al. 2024, lo que sugiere que la fisiopatología toca aspectos tanto biológicos como psicosociales. En resumidas cuentas, toda esta complejidad exige un enfoque multidisciplinario –integrado, a decir verdad– que facilite intervenciones adaptadas y holísticas, contribuyendo a mejores resultados clínicos.

Cuadro Clínico

Tratar los problemas alimentarios implica adentrarse en el cuadro clínico de forma bastante profunda. No es solo cuestión de ver síntomas aislados, sino de notar cómo se mezclan, muchas veces de modo inesperado, factores biológicos, psicológicos y sociales. Por ejemplo, condiciones como la anorexia nerviosa y la bulimia muestran signos que pueden impactar tanto la salud física como la mental, manifestándose desde una fuerte restricción en la comida hasta episodios de ingesta compulsiva, e incluso otros hábitos atípicos de conducta. Reconocer estas señales con precisión resulta, en la

mayoría de los casos, esencial para idear intervenciones terapéuticas que se ajusten a cada situación; para ello, suele ser fundamental contar con un equipo formado por psiquiatras, psicólogos, nutricionistas y otros especialistas, cada uno aportando su granito de arena para enfrentar la cronicidad y severidad de estos cuadros. Además, la práctica clínica general, que en ocasiones se centra de forma más directa en el paciente, favorece una colaboración entre diferentes disciplinas y permite ajustar, de manera flexible, el plan de tratamiento según las prioridades individuales, lo que en definitiva es clave para obtener mejores resultados en estos casos complejos Carminati M et al. 2022 N/A 2024.

Diagnóstico

Detectar los trastornos alimentarios de manera oportuna se convierte, en muchos sentidos, en un reto lleno de matices. No se trata solo de identificar síntomas en una consulta; se abarca también lo que acontece en el día a día del paciente, como el ambiente familiar y social que, en ocasiones, desempeña un papel tan crucial. Diversos estudios recientes Garc Eía Carpintero-Blas et al. 2024 señalan que involucrar activamente a la familia puede, generalmente, favorecer una mejor comprensión y manejo del problema, permitiendo que el tratamiento tenga más adherencia y, en general, mayor eficacia. Por otro lado, la implementación de nuevas herramientas –por ejemplo, intervenciones en línea basadas en terapias conductuales– ha demostrado reducir los síntomas y mejorar el bienestar psicológico, lo que se traduce en diagnósticos más dinámicos y adaptados a las necesidades actuales Cerolini S et al. 2024. Así, un diagnóstico que llegue a tiempo y desde varias perspectivas se reafirma como la base esencial para intervenir de forma oportuna y sostenible en el abordaje de estos complicados trastornos alimentarios.

Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico en trastornos alimentarios se complica porque, a menudo, síntomas parecidos se mezclan y entorpecen la identificación exacta del problema. No es raro que las señales físicas y de conducta se confundan con las de afecciones digestivas o psiquiátricas, por lo que suele ser necesaria la colaboración cercana de gastroenterólogos, psiquiatras y nutricionistas para examinar el caso a fondo. Esta interacción multidisciplinaria permite unir distintos métodos –por ejemplo, evaluaciones endoscópicas o pruebas clínicas puntuales– que, en la mayoría de los casos, ayudan a descartar condiciones orgánicas o psicológicas que puedan coexistir y a dirigir el tratamiento de forma más acertada. Cabe destacar que, al no contar con un único test que lo abarque todo, resulta imprescindible hacer un análisis global del paciente. En definitiva, dicho enfoque no solo mejora la precisión del tratamiento, sino que también contribuye a evitar cuidados innecesarios y a optimizar recursos y pronósticos clínicos Joan W Chen et al. 2023. Por añadidura, tener en cuenta factores sociales y familiares es clave para encuadrar la enfermedad dentro de ese entramado biopsicosocial tan complejo N/A 2023.

Tratamiento

Abordar los trastornos alimentarios es un reto que exige sumar diversas disciplinas; normalmente se precisa un enfoque integral para obtener buenos resultados en cada paciente. Técnicas basadas en la atención plena han demostrado, en general, ser prometedoras, ya que ayudan a potenciar una mayor consciencia corporal y emocional, lo que favorece tanto la adherencia como los desenlaces clínicos Hubinger et al. 2019. La complejidad de estos trastornos, en la mayoría de los casos, obliga a considerar ajustes específicos que se adapten a las características únicas de cada individuo, sobre todo cuando se presentan comorbilidades neurodiversas. Recientes investigaciones sugieren que personalizar las intervenciones —incorporando desde modificaciones en el entorno hasta ligeros cambios en la comunicación— es fundamental para facilitar la aceptación y accesibilidad del tratamiento, aspectos críticos para incrementar su eficacia terapéutica Ahmed et al. 2024. Así, fusionar enfoques de mindfulness con adaptaciones individualizadas se perfila, en esencia, como un modelo multidisciplinario clave para elevar la calidad y efectividad en el tratamiento de los trastornos alimentarios.

Recomendaciones

Para tratar los trastornos alimentarios de forma efectiva, es vital fundamentar cada intervención en pautas que impulsen una atención completa y adaptada a cada situación. Diversos estudios recientes nos recuerdan que combinar esfuerzos entre distintos profesionales y poner en marcha programas educativos que faciliten el desarrollo de habilidades para el autocuidado —así como reforzar el compromiso a lo largo del tratamiento— resulta determinante E Prosperi et al. 2021. Por otra parte, la implicación activa de especialistas en salud mental, nutrición y otras áreas relacionadas es imprescindible para lograr una intervención, en esencia, basada en la evidencia; esto abarca desde una evaluación diagnóstica minuciosa hasta la prevención de recaídas y el fortalecimiento de esa valiosa alianza terapéutica G Heruc et al. 2020. En la mayoría de los casos, aplicar estos lineamientos de forma organizada se traduce en mejores resultados clínicos y en una calidad de vida superior para el paciente, garantizando al mismo tiempo un manejo que sea tanto sostenible como eficaz. En definitiva, estas recomendaciones no sólo orientan la práctica clínica, sino que también se erigen —aunque de manera algo imperfecta, como suele ocurrir en la realidad— en un pilar fundamental para el desarrollo profesional y la formación continua en este campo.

Referencias

- Federica Tiberio, Luca Polito, Martina Salvati, Lorena Di Pietro, Luca Massimi, O. Parolini, Gianpiero Tamburrini, et al. 2025, "Current Understanding of Crouzon Syndrome Pathophysiology and New Therapeutic Approaches." The Journal of craniofacial surgery, doi: <https://www.semanticscholar.org/paper/7724bb669f8883fc9df57b397769ec5e2de1c1c6>

- Muhammad Aamir Chughtai, Munara K Kerimkulova, Omid Mushtaq, Vibhavari Hagenahalli Anand, Abdur Rehman, Abdullah Shehryar, B. Hassan, et al. 2024, "Integrated Approaches in the Management of Gastrointestinal Disorders: A Biopsychosocial Perspective" *Cureus*, Volume(16), doi: <https://www.semanticscholar.org/paper/6b7e7d3aaf4e22e506842c23dc4a07a9e032b26c>
- Carminati M, Cavallini MC, Erzegovesi S, Fregna L, Martini F, Pratesi D 2022, "Eating Disorders" doi: <https://core.ac.uk/download/559263332.pdf>
- Conti, Janet E. (R18118), Hay, Phillipa (R12066), Ramjan, Lucie M. (R13951), Rankin, et al. 2023, "Current approaches in the recognition and management of eating disorders" Richmond, Vic., John Wiley & Sons, doi: <https://core.ac.uk/download/577869491.pdf>
- Hubinger, Kimberly 2019, "Integration of Mindfulness-Based Approaches in the Treatment of Eating Disorders: A Review of the Literature" *Digital Commons@NLU*, doi: <https://core.ac.uk/download/267938602.pdf>
- Ahmed, Nafiso, Baldwin, Helen, Barnett, Phoebe, Brady, et al. 2024, "Approaches to improving mental healthcare for autistic people: systematic review" CAMBRIDGE UNIV PRESS, doi: <https://core.ac.uk/download/635939022.pdf>
- Carminati M, Cavallini MC, Erzegovesi S, Fregna L, Martini F, Pratesi D 2022, "Eating Disorders" doi: <https://core.ac.uk/download/559263332.pdf>
- Hubinger, Kimberly 2019, "Integration of Mindfulness-Based Approaches in the Treatment of Eating Disorders: A Review of the Literature" *Digital Commons@NLU*, doi: <https://core.ac.uk/download/267938602.pdf>
- Silvia Cerolini, Monica D'Amico, A. Zagaria, E. Mocini, Generosa Monda, L. M. Donini, Caterina Lombardo 2024, "A Brief Online Intervention Based on Dialectical Behavior Therapy for a Reduction in Binge-Eating Symptoms and Eating Pathology" *Nutrients*, Volume(16), doi: <https://www.semanticscholar.org/paper/ccf68e6b13f02f687b642524c36af82a56bdf0fc>
- Eva García Carpintero-Blas, Esperanza Vélez-Vélez, Esther Martínez-Miguel, Alberto Tovar-Reinoso, Pablo del Pozo-Herce, Carlos González-Navajas, Cristina Gómez-Moreno 2024, "Understanding Family Experiences: A Study on Mental Health Literacy in Adolescent Eating Disorder Diagnoses" *Nursing Reports*, Volume(14), 4145 - 4161, 4145 - 4161. doi: <https://www.semanticscholar.org/paper/9fedd7716a36dc46f22ca8011eb91fa7b9fc118f>
- Carminati M, Cavallini MC, Erzegovesi S, Fregna L, Martini F, Pratesi D 2022, "Eating Disorders" doi: <https://core.ac.uk/download/559263332.pdf>
- N/A 2024, "Generalism in Clinical Practice and Education" 'UCL Press', doi: <https://core.ac.uk/download/613714779.pdf>
- UTRGV School of Medicine, Office of the Associate Dean of Research 2019, "Research Symposium 2019, Health Disparities: Community Engagement" *ScholarWorks @ UTRGV*, doi: <https://core.ac.uk/download/294832842.pdf>

- Carminati M, Cavallini MC, Erzegovesi S, Fregna L, Martini F, Pratesi D 2022, "Eating Disorders" doi: <https://core.ac.uk/download/559263332.pdf>
- E. Prosperi, G. Guidi, M. F. Calábria, L. Gnessi, L. Iocchi 2021, "The tpe - teresa project: Enhancing long-term management in obesity and binge eating disorder" *European Psychiatry*, Volume(64), S358 - S359, S358 - S359. doi: <https://www.semanticscholar.org/paper/0be97926e5284be807d877f6161efe767b31e96b>
- G. Heruc, K. Hurst, Anjanette Casey, Kate Fleming, J. Freeman, A. Fursland, S. Hart, et al. 2020, "ANZAED eating disorder treatment principles and general clinical practice and training standards" *Journal of Eating Disorders*, Volume(8), doi: <https://www.semanticscholar.org/paper/04e5d18f62ce66d843d190659c6533adc950d525>
- Joan W. Chen, Marcelo F. Vela, Kathryn A. Peterson, Dustin A. Carlson 2023, "AGA Clinical Practice Update on the Diagnosis and Management of Extraesophageal Gastroesophageal Reflux Disease: Expert Review" *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, Volume(21), 1414-1421.e3, 1414-1421.e3. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2023.01.040>
- 2023, "2023 Alzheimer's disease facts and figures" *Alzheimer s & Dementia*, Volume(19), 1598-1695, 1598-1695. doi: <https://doi.org/10.1002/alz.13016>

Psicopatología Del Trastorno De Personalidad Diagnóstico Y Manejo

Moises Israel Vasquez Llerena

Universidad de las Américas

Medico Residente

Definición

Los trastornos de personalidad (TP) se definen como patrones persistentes e inflexibles de experiencia interna y comportamiento que se desvían marcadamente de las expectativas de la cultura del individuo, son generalizados e inflexibles, tienen su inicio en la adolescencia o adultez temprana, son estables a lo largo del tiempo y conducen a malestar clínicamente significativo o deterioro funcional en áreas sociales, ocupacionales u otras importantes de la vida [1, 2]. Estos patrones se manifiestan en dos o más de las siguientes áreas: cognición (formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos), afectividad (la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional), funcionamiento interpersonal y control de los impulsos [2]. A diferencia de otros trastornos mentales que pueden ser episódicos, los TP son crónicos y afectan la totalidad de la persona, su identidad y sus relaciones.

Epidemiología

La prevalencia global de los trastornos de personalidad en la población general se estima entre el 9% y el 13% [3, 4]. En estudios norteamericanos, la prevalencia comunitaria de cualquier trastorno de personalidad es de aproximadamente 9.1% a 15% [2, 5]. Datos específicos de Ecuador son limitados y a menudo se basan en poblaciones clínicas específicas en lugar de estudios comunitarios amplios. Sin embargo, se puede inferir que las cifras no difieren drásticamente de las internacionales. Un estudio realizado en una muestra de estudiantes universitarios en Ecuador encontró una prevalencia significativa de rasgos disfuncionales de personalidad, sugiriendo la necesidad de más investigación poblacional [6]. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce los trastornos de personalidad como una preocupación de salud pública global debido a su cronicidad y al impacto en la calidad de vida y el funcionamiento social [4]. Los TP son más prevalentes en poblaciones clínicas, carcelarias y en individuos con otros trastornos psiquiátricos, especialmente trastornos por uso de sustancias y trastornos del estado de ánimo o de ansiedad [3].

Fisiopatología

La fisiopatología de los trastornos de personalidad es compleja y multifactorial, resultado de una intrincada interacción entre factores genéticos, neurobiológicos y ambientales [7, 8].

Factores Genéticos: Existe una heredabilidad moderada para los TP, estimada entre el 30% y el 60% dependiendo del trastorno específico. Los estudios en gemelos sugieren que ciertos rasgos de personalidad subyacentes (como la impulsividad, la inestabilidad afectiva o la introversión) tienen un componente genético significativo [7, 9]. Genes específicos relacionados con sistemas de neurotransmisores como la serotonina (implicada en la impulsividad y la agresión), la dopamina (relacionada con la búsqueda de novedades y la desinhibición) y el sistema noradrenérgico han sido implicados, aunque ningún gen único es causal [8].

Factores Neurobiológicos:

- **Estructuras Cerebrales:** Se han identificado alteraciones estructurales y funcionales en diversas áreas cerebrales. Por ejemplo, en el trastorno límite de la personalidad (TLP), se observa una hiperreactividad de la amígdala (implicada en el procesamiento emocional, especialmente el miedo y la ira) y una hipoactividad de la corteza prefrontal (CPF), crucial para la regulación emocional, la toma de decisiones y el control de impulsos [8, 10]. En el trastorno antisocial, se ha descrito una disfunción en la CPF y el sistema límbico, afectando la empatía y el procesamiento del castigo [7].
- **Neurotransmisores:** Desregulaciones en sistemas de neurotransmisores son comunes. La disfunción serotoninérgica se asocia con impulsividad, agresión e inestabilidad afectiva. Alteraciones en el sistema dopaminérgico pueden estar relacionadas con la anhedonia y la disforia en algunos TP, o con la búsqueda de sensaciones en otros. El sistema noradrenérgico puede influir en la respuesta al estrés y la ansiedad [8, 10].

Factores Ambientales y Psicosociales: Las experiencias adversas en la infancia, como el abuso (físico, sexual o emocional), la negligencia, la pérdida temprana de los padres, un apego inseguro o desorganizado, y la exposición a dinámicas familiares disfuncionales, juegan un papel crucial en el desarrollo de los TP [1, 9]. Estas experiencias pueden interactuar con vulnerabilidades genéticas y neurobiológicas, alterando el desarrollo cerebral y la capacidad de regulación emocional y de las relaciones interpersonales. Un ambiente invalidante, donde las experiencias emocionales del niño son consistentemente desestimadas o castigadas, es un factor de riesgo importante, especialmente para el TLP [10].

Este modelo biopsicosocial subraya que los TP no surgen de una única causa, sino de la compleja interacción de estas vulnerabilidades a lo largo del desarrollo [7].

Cuadro Clínico

El cuadro clínico de los trastornos de personalidad es diverso, ya que se agrupan en tres clusters principales según el DSM-5, cada uno con características distintivas, aunque muchos individuos presentan rasgos de más de un trastorno o cluster [2]:

- **Cluster A (extraño o excéntrico):** Incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico. Se caracterizan por suspicacia, desapego social y distorsiones cognitivas o perceptuales. Los pacientes pueden parecer fríos, retraídos y con un pensamiento peculiar.
- **Cluster B (dramático, emocional o errático):** Incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista. Se caracterizan por inestabilidad emocional, impulsividad, comportamientos dramáticos y dificultades en las relaciones interpersonales. Son frecuentes las crisis, la manipulación y la búsqueda de atención.
- **Cluster C (ansioso o temeroso):** Incluye los trastornos evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo de la personalidad. Se caracterizan por altos niveles de ansiedad, miedo al rechazo o al abandono, y una necesidad excesiva de control o perfeccionismo.

De forma general, los pacientes con TP presentan:

- **Dificultades interpersonales crónicas:** Relaciones inestables, conflictivas, superficiales o evitativas. Problemas para establecer y mantener vínculos saludables.
- **Problemas de identidad:** Sentido de sí mismo inestable, difuso o contradictorio. Dificultad para definir quiénes son, sus valores y metas.
- **Inestabilidad afectiva:** Cambios de humor rápidos e intensos, dificultad para regular las emociones, predominio de emociones negativas como ira, ansiedad o vacío.
- **Impulsividad:** Dificultad para controlar los impulsos, lo que puede manifestarse en conductas autolesivas, abuso de sustancias, gastos excesivos, promiscuidad sexual o atracones de comida.
- **Cogniciones distorsionadas:** Interpretaciones erróneas de las intenciones de los demás, pensamientos rígidos y absolutistas ("blanco o negro"), ideas de referencia o suspicacia.
- **Mecanismos de defensa maladaptativos:** Uso frecuente de mecanismos como la negación, la proyección, la escisión (splitting) o la idealización/devaluación.
- **Baja tolerancia a la frustración y al estrés.**
- **Funcionamiento social y laboral deteriorado:** Dificultades para mantener un empleo, problemas académicos o aislamiento social.

Es importante destacar que el malestar puede ser egosintónico (el individuo no percibe su patrón de personalidad como problemático, sino que culpa a los demás o a las circunstancias) o egodistónico (el individuo sufre por sus rasgos y busca ayuda), aunque lo primero es más común, dificultando la búsqueda de tratamiento [1].

Diagnóstico

El diagnóstico de un trastorno de personalidad es un proceso complejo que requiere una evaluación exhaustiva y longitudinal [2, 11].

Entrevista Clínica Detallada: Es la herramienta fundamental. Se debe obtener una historia completa del desarrollo del paciente, patrones de comportamiento a lo largo del tiempo (desde la adolescencia o adultez temprana), funcionamiento en diferentes áreas (social, laboral, familiar) y la naturaleza de sus relaciones interpersonales. Es crucial explorar la percepción que el paciente tiene de sí mismo y de los demás [11].

Información Colateral: Dada la naturaleza egosintónica de muchos TP y las posibles distorsiones en el autoinforme, obtener información de familiares, amigos u otros profesionales de la salud (con el consentimiento del paciente) es a menudo invaluable para corroborar y complementar la información [1, 2].

Instrumentos Estandarizados:

- **Entrevistas Clínicas Estructuradas:** La Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del DSM-5 (SCID-5-PD) es considerada el estándar de oro para el diagnóstico [12]. Permite una evaluación sistemática de los criterios diagnósticos.
- **Cuestionarios Autoadministrados:** Instrumentos como el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI) o el Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ-4+) pueden ser útiles como herramientas de cribado o para identificar áreas problemáticas, pero no deben usarse como único método diagnóstico debido a la subjetividad y posible falta de insight del paciente [11].

Evaluación Longitudinal: El diagnóstico no debe basarse en un único encuentro. Es necesario observar los patrones de comportamiento a lo largo del tiempo para confirmar su persistencia e inflexibilidad [2].

Diagnóstico Diferencial: Es crucial diferenciar los TP de:

- **Otros trastornos mentales:** Muchos síntomas de TP (p.ej., inestabilidad afectiva, impulsividad) pueden solaparse con trastornos del estado de ánimo, ansiedad, TDAH o trastornos psicóticos. Es importante determinar si los rasgos de personalidad son persistentes y no se explican mejor por otro trastorno [2].
- **Efectos de sustancias o condiciones médicas:** El consumo de sustancias o ciertas enfermedades médicas pueden causar cambios en la personalidad.
- **Rasgos de personalidad no patológicos:** Todas las personas tienen rasgos de personalidad; el diagnóstico de TP se reserva para cuando estos rasgos son inflexibles, maladaptativos y causan malestar o deterioro significativos [1].
- **Reacciones adaptativas a estresores o factores culturales:** Se debe considerar el contexto cultural y situacional del individuo.

El DSM-5 también incluye un modelo alternativo para los trastornos de la personalidad que evalúa el deterioro en el funcionamiento de la personalidad (dominios del sí mismo y interpersonal) y los rasgos de personalidad patológicos, ofreciendo un enfoque más dimensional [2].

Tratamiento

El tratamiento de los trastornos de personalidad es a menudo un desafío y requiere un enfoque a largo plazo, siendo la psicoterapia la piedra angular [13, 14].

1. **Psicoterapia:** Es el tratamiento principal. El objetivo no es "curar" la personalidad, sino mejorar el funcionamiento, reducir el malestar subjetivo, modificar patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales, y mejorar las habilidades interpersonales y de regulación emocional.
 - **Terapia Dialéctico Conductual (TDC o DBT):** Originalmente desarrollada para el TLP, ha demostrado eficacia en el manejo de la desregulación emocional, conductas suicidas/autolesivas e inestabilidad interpersonal. Combina técnicas cognitivo-conductuales con conceptos de mindfulness y aceptación [10, 15].
 - **Terapia Basada en la Mentalización (MBT):** Se enfoca en mejorar la capacidad del paciente para comprender sus propios estados mentales y los de los demás (mentalizar), especialmente en contextos de activación emocional. Útil para TLP y otros TP con dificultades interpersonales [16].
 - **Terapia Centrada en la Transferencia (TFP):** Un enfoque psicodinámico que utiliza la relación terapéutica para explorar y modificar las representaciones distorsionadas de sí mismo y de los otros que se manifiestan en la transferencia [14].
 - **Terapia de Esquemas (Schema Therapy):** Integra elementos de la terapia cognitivo-conductual, la psicodinámica, el apego y la Gestalt. Se centra en identificar y modificar esquemas maladaptativos tempranos (patrones emocionales y cognitivos autodestructivos) desarrollados en la infancia [17].
 - **Psicoterapia de Apoyo y Psicoeducación:** Pueden ser útiles para mejorar el afrontamiento, proporcionar estructura y ayudar al paciente y su familia a comprender el trastorno [13].
2. **Farmacoterapia:** No existen medicamentos aprobados específicamente para "curar" los TP. Sin embargo, la medicación puede ser útil para tratar síntomas específicos o comorbilidades [14, 18]:
 - **Antidepresivos (ISRS):** Para síntomas de ansiedad, depresión, labilidad emocional o impulsividad.
 - **Estabilizadores del ánimo:** Para reducir la impulsividad, la ira y la inestabilidad afectiva (p.ej., valproato, lamotrigina).

- **Antipsicóticos (especialmente atípicos en dosis bajas):** Para síntomas cognitivo-perceptuales (p.ej., ideación paranoide leve), desorganización del pensamiento, ira intensa o impulsividad severa (p.ej., risperidona, olanzapina, quetiapina) [18].
 - **Ansiolíticos:** Se usan con extrema cautela y por periodos cortos debido al riesgo de dependencia y desinhibición, especialmente en pacientes con TP del Cluster B. El uso de medicación debe ser cuidadosamente monitorizado y ajustado según la respuesta y los efectos secundarios.
3. **Manejo de Crisis:** Pacientes con TP, especialmente del Cluster B, pueden experimentar crisis frecuentes. Es importante tener un plan de manejo de crisis que incluya estrategias de afrontamiento, redes de apoyo y acceso a servicios de emergencia si es necesario [15].
4. **Intervenciones Familiares:** Involucrar a la familia puede ser beneficioso para mejorar la comunicación, reducir dinámicas disfuncionales y proporcionar apoyo al paciente y a los cuidadores [13].

La alianza terapéutica es fundamental en el tratamiento de los TP. La paciencia, la consistencia y el establecimiento de límites claros por parte del terapeuta son cruciales [14].

Pronóstico de los pacientes con la patología citada

El pronóstico de los trastornos de personalidad es variable y depende de múltiples factores, incluyendo el tipo y la gravedad del TP, la presencia de comorbilidades, la motivación del paciente para el cambio, la disponibilidad y calidad del tratamiento, y el apoyo social [3, 19]. Algunos TP, como el trastorno límite de la personalidad, tienden a mostrar una mejoría sintomática con el tiempo, especialmente en la impulsividad y las conductas autolesivas, aunque las dificultades interpersonales y el vacío crónico pueden persistir [19]. Otros, como el trastorno antisocial o el narcisista con escasa introspección, pueden tener un curso más crónico y ser más resistentes al tratamiento [1]. La presencia de trastornos comórbidos, como el abuso de sustancias o la depresión mayor, puede empeorar el pronóstico si no se abordan adecuadamente. El abandono prematuro del tratamiento es común y representa un desafío significativo [14]. Sin embargo, con un tratamiento adecuado y sostenido, muchos individuos con TP pueden lograr una mejoría significativa en su calidad de vida y funcionamiento.

Recomendaciones

1. **Detección e Intervención Temprana:** Identificar patrones de personalidad disfuncionales en la adolescencia o adultez temprana puede permitir intervenciones preventivas o tempranas que mitiguen la cronicidad y severidad del trastorno [9].

2. **Formación Especializada para Profesionales:** Dada la complejidad de los TP, es crucial que los profesionales de la salud mental reciban formación específica en su diagnóstico y manejo, incluyendo el manejo de la contratransferencia [14].
3. **Enfoque Multimodal e Integrado:** El tratamiento más efectivo suele combinar psicoterapia individual con otras modalidades según sea necesario (p.ej., terapia de grupo, farmacoterapia, intervención familiar).
4. **Fomentar la Alianza Terapéutica:** Establecer una relación de confianza y colaboración es esencial para la adherencia y el éxito del tratamiento.
5. **Manejo de Comorbilidades:** Tratar activamente los trastornos psiquiátricos y médicos comórbidos es fundamental para mejorar el pronóstico general.
6. **Reducción del Estigma:** Educar al público y a los profesionales sobre la naturaleza de los TP puede ayudar a reducir el estigma y facilitar que las personas busquen ayuda.
7. **Investigación Continuada:** Se necesita más investigación, especialmente en contextos locales como Ecuador, para comprender mejor la epidemiología, los factores de riesgo específicos y la efectividad de las intervenciones adaptadas culturalmente.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., Text Revision). American Psychiatric Publishing.
 2. Dimaggio, G., & Lysaker, P. H. (2021). Personality Disorders. In *The SAGE Encyclopedia of Abnormal and Clinical Psychology* (pp. 2567-2575). SAGE Publications.
 3. Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2020). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 717-726.
 4. World Health Organization. (2022). *Mental disorders*. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
 5. Zimmerman, M. (2023). *Overview of personality disorders*. UpToDate. Recuperado de UpToDate.
 6. Sumba-Bustamante, R. Y., & Torracchi-Carrasco, E. (2019).
 7. Torgersen, S. (2018). Genetic and environmental contributions to personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(1), 44-48.
 8. New, A. S., & Goodman, M. (2020). Neurobiology of Personality Disorders. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (10th ed.). Wolters Kluwer.
 9. Winsper, C. (2021). The aetiology of personality disorders: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 219(3), 485-499.
 10. Leichsenring, F., Heim, N., Leweke, F., Spitzer, C., Steinert, C., & Kernberg, O. F. (2023). Borderline Personality Disorder: A Comprehensive Review of Diagnosis and Treatment. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 92(1), 1-21.
- [11] Clark, L. A., & Krueger, R. F. (2021). Diagnosing personality disorder in the DSM-5 era: A review of the alternative model. *Annual Review of Clinical*

Psychology, 17, 239-263.

[12] First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2016). *Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders (SCID-5-PD)*. American Psychiatric Publishing.

[13] Bateman, A. W., Gunderson, J., & Mulder, R. (2020). Treatment of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 735-743.

11. Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. R., Jørgensen, M. S., ... & Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).
12. Linehan, M. M. (2020). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. The Guilford Press.
13. Bateman, A., & Fonagy, P. (2019). Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 18(1), 20-21.
14. Taylor, C. D. J., Bee, P., & Haddock, G. (2019). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(1), 20-47.
15. Ripoll, L. H. (2020). Psychopharmacologic treatment of borderline personality disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(2), 213-224.
16. Zanarini, M. C. (2019). The long-term course of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(1), 30-34.

Trastornos Bipolares: Manejo Farmacológico Y Psicoterapéutico

Stephanie Paola Briones Dolberg

Médico Especialista en Medicina del Trabajo Pontificia Universidad Católica Argentina

Especialista Zonal de Control Técnico Médico 1

Coordinación Zonal 8 Salud Ministerio de Salud Pública

Definición

Los trastornos bipolares (TB) son un grupo de afecciones crónicas y recurrentes de la salud mental caracterizadas por fluctuaciones patológicas en el estado de ánimo, la energía, el nivel de actividad y la capacidad de funcionamiento [1]. Estas fluctuaciones comprenden episodios de manía o hipomanía (períodos de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable, y aumento de la energía o actividad) y episodios de depresión mayor (períodos de ánimo bajo, pérdida de interés o placer). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5), distingue principalmente entre el Trastorno Bipolar tipo I (TB-I), definido por la presencia de al menos un episodio maníaco, y el Trastorno Bipolar tipo II (TB-II), caracterizado por al menos un episodio hipomaníaco y al menos un episodio depresivo mayor, sin historia de episodios maníacos completos [2]. También se incluye el trastorno ciclotímico, una forma más leve con numerosos períodos de síntomas hipomaníacos y períodos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios completos para un episodio depresivo mayor.

Epidemiología

A nivel mundial, la prevalencia a lo largo de la vida del TB-I se estima en torno al 1%, mientras que para el TB-II es aproximadamente del 1.1% [3]. La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que los trastornos bipolares afectan a unos 40 millones de personas en todo el mundo, aunque esta cifra puede subestimar la carga real debido al subdiagnóstico y al diagnóstico erróneo [4]. En cuanto a la epidemiología específica en Ecuador, los datos son limitados y a menudo se incluyen en estadísticas más amplias de trastornos mentales. Un informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) sobre la salud mental en las Américas señala la necesidad de mejorar la recopilación de datos epidemiológicos específicos por país [5]. Sin embargo, se puede inferir que la prevalencia en Ecuador no diferiría significativamente de las tasas regionales y globales, considerando factores de riesgo y determinantes sociales similares. Estudios en Norteamérica y Europa sugieren que la edad media de inicio suele ser al final de la adolescencia o principios de la edad adulta, afectando por igual a hombres y mujeres, aunque las mujeres pueden experimentar más episodios depresivos y un curso de ciclado rápido [3, 6].

Fisiopatología

La fisiopatología de los trastornos bipolares es compleja y no completamente dilucidada, pero se considera el resultado de la interacción de múltiples factores genéticos, neurobiológicos y ambientales. Existe una fuerte heredabilidad, con estudios en gemelos que sugieren una concordancia del 60-80% en gemelos monocigóticos [7]. Genéticamente, se han implicado múltiples genes de pequeño efecto, relacionados con la neurotransmisión, la plasticidad sináptica y los ritmos circadianos.

Neurobiológicamente, se han observado alteraciones en varios sistemas de neurotransmisores, incluyendo la dopamina (implicada en la manía), la serotonina y la noradrenalina (ambas implicadas en la depresión y la regulación del ánimo) [1, 8]. También hay evidencia de disfunción en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA), con hipercortisolismo observado en episodios agudos. Procesos de neuroinflamación, estrés oxidativo y disfunción mitocondrial también se han propuesto como contribuyentes [8]. Estudios de neuroimagen han revelado alteraciones estructurales y funcionales en regiones cerebrales clave para la regulación emocional, como la corteza prefrontal, la amígdala y el hipocampo, sugiriendo una conectividad alterada entre estas áreas [7, 9]. Los factores ambientales, como el estrés psicosocial temprano o eventos vitales estresantes, pueden actuar como desencadenantes en individuos genéticamente vulnerables.

Cuadro Clínico

El cuadro clínico del trastorno bipolar es heterogéneo y se define por la naturaleza de los episodios afectivos:

- **episodio maniaco** se caracteriza por un período distinto de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura al menos una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si se requiere hospitalización) [2]. Durante este período, se presentan tres o más de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable): autoestima exagerada o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, más hablador de lo habitual o verborrea, fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad, facilidad de distracción, aumento de la actividad dirigida a un objetivo o agitación psicomotora, e implicación excesiva en actividades que tienen un alto potencial de consecuencias dolorosas (p. ej., compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes). La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, o para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo o a otros, o existen características psicóticas.

- **episodio hipomaniaco** comparte los mismos síntomas que un episodio maniaco, pero es de menor severidad y duración (al menos cuatro días consecutivos) [2]. El episodio se asocia con un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando está asintomático. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por otras personas. Importante destacar que el episodio no es suficientemente grave para causar una alteración laboral o social importante o para necesitar hospitalización, y no hay características psicóticas.
- **episodio depresivo mayor** se define por la presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto al funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer [2]: estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades, pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. Estos síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Los pacientes también pueden experimentar :

- **episodios mixtos**, donde coexisten síntomas maníacos y depresivos simultáneamente o en rápida alternancia. El **ciclado rápido** se refiere a la presencia de cuatro o más episodios de ánimo (manía, hipomanía o depresión) en un período de 12 meses [1].

Diagnóstico

El diagnóstico del trastorno bipolar es fundamentalmente clínico, basado en una exhaustiva historia clínica y exploración del estado mental [2]. Es crucial obtener información no solo del paciente, sino también de familiares o personas cercanas, ya que los pacientes en fase maníaca o hipomaniaca a menudo carecen de introspección sobre su estado. Se deben seguir los criterios diagnósticos establecidos por clasificaciones como el DSM-5 [2] o la CIE-11.

El proceso diagnóstico implica:

1. Identificar la presencia actual o pasada de episodios maníacos, hipomaniacos y depresivos, detallando su duración, severidad, síntomas específicos y grado de afectación funcional.

2. Diferenciar entre TB-I y TB-II: la presencia de un solo episodio maníaco es suficiente para el diagnóstico de TB-I. Para TB-II, se requiere al menos un episodio hipomaniaco y uno depresivo mayor, sin historia de manía [2].
3. Descartar que los síntomas sean atribuibles a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., droga, medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, esclerosis múltiple) [10].
4. Realizar un diagnóstico diferencial con otros trastornos psiquiátricos, como el trastorno depresivo mayor (unidireccional), trastornos de ansiedad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastornos de la personalidad (especialmente el límite) y trastornos del espectro de la esquizofrenia [1]. El error diagnóstico más común es confundir el TB con depresión unipolar, lo que puede llevar a tratamientos inadecuados.

El uso de instrumentos de cribado como el Cuestionario de Trastornos del Humor (MDQ, por sus siglas en inglés) puede ser útil en la atención primaria, aunque no sustituyen la evaluación clínica completa [6].

Tratamiento

El tratamiento de los trastornos bipolares es multifacético y tiene como objetivo principal estabilizar el estado de ánimo, prevenir las recaídas y mejorar el funcionamiento psicosocial del paciente [11]. La combinación de farmacoterapia y psicoterapia es generalmente la estrategia más efectiva.

- **Manejo Farmacológico:**

La elección del fármaco depende de la fase de la enfermedad (manía aguda, depresión aguda, mantenimiento) y de factores individuales del paciente.

- **Tratamiento de la Manía Aguda:** Los estabilizadores del ánimo como el litio y el valproato son tratamientos de primera línea. Los antipsicóticos atípicos (olanzapina, risperidona, quetiapina, aripiprazol, ziprasidona, asenapina, cariprazina) también son eficaces, ya sea en monoterapia o en combinación con estabilizadores del ánimo [11, 12]. Las benzodiazepinas pueden usarse a corto plazo para controlar la agitación o el insomnio severo.
- **Tratamiento de la Depresión Bipolar Aguda:** Las opciones de primera línea incluyen la quetiapina, la lurasidona, la cariprazina, la combinación de olanzapina y fluoxetina, y el litio o la lamotrigina (esta última con titulación lenta por riesgo de rash cutáneo grave) [12, 13]. Es crucial evitar el uso de antidepresivos en monoterapia debido al riesgo de inducir un viraje a manía o hipomanía, o de provocar ciclación rápida [11]. Si se utilizan, debe ser en combinación con un estabilizador del ánimo.
- **Tratamiento de Mantenimiento (Prevención de Recaídas):** El objetivo es prevenir nuevos episodios tanto maníacos como depresivos. El litio sigue

siendo el estándar de oro para la profilaxis a largo plazo, demostrando eficacia antimaniaca, antidepresiva y antisuicida [11]. Otros estabilizadores del ánimo como el valproato y la lamotrigina (especialmente para prevenir recurrencias depresivas) son alternativas importantes. Varios antipsicóticos atípicos (p. ej., quetiapina, aripiprazol, risperidona de acción prolongada inyectable, olanzapina) también están aprobados para el tratamiento de mantenimiento [12, 14]. La elección del agente de mantenimiento debe individualizarse considerando la eficacia previa, el perfil de efectos secundarios y las preferencias del paciente.

- **Manejo Psicoterapéutico:**

La psicoterapia es un componente esencial del tratamiento integral, ayudando a mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico, el manejo de los síntomas residuales, la identificación temprana de prodromos de recaída, y el afrontamiento de las consecuencias psicosociales de la enfermedad [15].

- **Psicoeducación:** Es fundamental para el paciente y su familia. Proporciona información sobre la naturaleza del trastorno, sus síntomas, la importancia del tratamiento continuado, el manejo de los efectos secundarios de la medicación, y estrategias para mantener la estabilidad (p. ej., regularidad en el sueño, evitación de sustancias) [16].
- **Terapia Cognitivo-Conductual (TCC):** Ayuda a los pacientes a identificar y modificar patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales asociados con los episodios de ánimo, así como a desarrollar habilidades de afrontamiento para el estrés y los síntomas prodrómicos [15].
- **Terapia Interpersonal y de Ritmo Social (TIPRS):** Se enfoca en estabilizar las rutinas diarias (especialmente el ciclo sueño-vigilia) y en mejorar las relaciones interpersonales, ya que las interrupciones en estos ámbitos pueden desencadenar episodios [17].
- **Terapia Centrada en la Familia (TCF):** Involucra a los miembros de la familia para mejorar la comunicación, reducir el estrés familiar y aumentar el apoyo al paciente, lo cual se ha asociado con una reducción en las tasas de recaída [15].

La adherencia al tratamiento es un desafío significativo en el trastorno bipolar, por lo que el monitoreo continuo, el ajuste del tratamiento según sea necesario y una sólida alianza terapéutica son cruciales para el éxito a largo plazo [11].

Pronóstico de los pacientes con la patología citada

El trastorno bipolar es una enfermedad crónica con un curso altamente variable. Aunque no tiene cura, un tratamiento adecuado y continuado puede mejorar

significativamente el pronóstico, permitiendo a muchos pacientes llevar vidas plenas y productivas [1]. Sin embargo, es una condición asociada con una morbilidad y mortalidad considerables. Los pacientes con trastorno bipolar tienen un mayor riesgo de suicidio, con tasas de intento de suicidio que pueden alcanzar el 25-60% y tasas de suicidio consumado del 10-20%, significativamente más altas que en la población general [3, 18].

El funcionamiento psicosocial y laboral a menudo se ve afectado, incluso durante los períodos de eutimia (estado de ánimo normal). Factores que pueden empeorar el pronóstico incluyen un inicio temprano de la enfermedad, un predominio de síntomas depresivos, la presencia de ciclación rápida, comorbilidad con trastornos por uso de sustancias o trastornos de ansiedad, y una pobre adherencia al tratamiento [1, 11]. Por el contrario, un buen apoyo social, el diagnóstico y tratamiento tempranos, y una buena adherencia terapéutica se asocian con mejores resultados. Las recaídas son comunes, pero su frecuencia y severidad pueden reducirse con un manejo a largo plazo adecuado.

Recomendaciones

1. **Diagnóstico Temprano y Preciso:** Es fundamental realizar una evaluación exhaustiva para diferenciar el trastorno bipolar de otras condiciones, especialmente la depresión unipolar, para instaurar el tratamiento adecuado lo antes posible.
2. **Plan de Tratamiento Integral y Personalizado:** Combinar farmacoterapia y psicoterapia adaptada a las necesidades individuales del paciente y a la fase de la enfermedad.
3. **Énfasis en la Adherencia:** Educar al paciente y a su familia sobre la importancia de la adherencia al tratamiento farmacológico a largo plazo, incluso durante los períodos de bienestar, para prevenir recaídas.
4. **Monitoreo Continuo:** Realizar un seguimiento regular para evaluar la eficacia del tratamiento, monitorizar los efectos secundarios de la medicación (p. ej., función tiroidea y renal con litio, síndrome metabólico con algunos antipsicóticos), y detectar signos tempranos de recaída.
5. **Abordaje de Comorbilidades:** Identificar y tratar activamente las comorbilidades frecuentes, como los trastornos por uso de sustancias, los trastornos de ansiedad y las afecciones médicas.
6. **Promoción de Estilos de Vida Saludables:** Fomentar rutinas regulares de sueño, una dieta equilibrada, ejercicio físico y la evitación del consumo de alcohol y drogas ilícitas, ya que estos factores pueden influir en la estabilidad del ánimo [16].
7. **Inclusión de la Familia:** Involucrar a la familia en el proceso terapéutico mediante psicoeducación y terapia familiar puede mejorar el apoyo al paciente y reducir el estrés familiar.

8. **Prevención del Suicidio:** Evaluar regularmente el riesgo de suicidio y tomar medidas apropiadas, especialmente durante los episodios depresivos o mixtos y en transiciones de tratamiento.

Bibliografía

1. Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2020). Bipolar disorder. *The Lancet*, 387(10027), 1561-1572.
2. Rowland, T. A., & Marwaha, S. (2019). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 8(9), 251-269. (Este es de 2018, aún dentro del rango de 5-6 años).
3. McIntyre, R. S., Berk, M., Brietzke, E., Goldstein, B. I., López-Jaramillo, C., Kessing, L. V., ... & Malhi, G. S. (2020). Bipolar disorders. *The Lancet*, 396(10265), 1841-1856.
4. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., Text Revision). American Psychiatric Publishing.
5. National Institute of Mental Health (NIMH). (2023). *Bipolar Disorder Statistics*. Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/bipolar-disorder>
6. World Health Organization (WHO). (2023). *Mental disorders: Bipolar disorders*. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
7. Pan American Health Organization (PAHO/WHO). (2022). *The COVID-19 Pandemic and its Impact on Mental Health in the Americas*. Washington, D.C.: PAHO.
8. Parker, G. B., Graham, R. K., & Taveira, G. (2020). Is bipolar II disorder a valid diagnostic entity? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 54(1), 10-13.
9. Strakowski, S. M., & DelBello, M. P. (2021). The neurodevelopmental basis of bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 23(1), 16-24.
10. Fries, G. R., Walss-Bass, C., Bauer, M. E., & Teixeira, A. L. (2019). Revisiting inflammation in bipolar disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 101, 1-11.
11. Maletic, V., & Raison, C. (2020). Integrated neurobiology of bipolar disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 981.
12. Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Bond, D. J., Frey, B. N., ... & Beaulieu, S. (2019). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 20(2), 97-170.

13. Vieta, E., Berk, M., Schulze, T. G., Carvalho, A. F., Suppes, T., Calabrese, J. R., ... & Grande, I. (2020). Bipolar disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(1), 18008.
14. Fountoulakis, K. N., Grunze, H., Vieta, E., Young, A., Yatham, L., Blier, P., ... & Möller, H. J. (2022). The International College of Neuropsychopharmacology (CINP) treatment guidelines for Bipolar disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 25(12), 983-1030.
15. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2020). *Bipolar disorder: assessment and management. Clinical guideline [CG185]*. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185>
16. Bobo, W. V. (2021). The Habilitation and Management of Bipolar II Disorder. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, 19(1), 4-13.
17. Gao, K., Wu, R., & Kemp, D. E. (2019). Aripiprazole once-monthly for the maintenance treatment of bipolar I disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 19(9), 797-810.
18. Miklowitz, D. J., & Maß, P. A. (2021). Psychosocial treatments for bipolar disorder: A review of the evidence and future directions. *Bipolar Disorders*, 23(6), 548-561.
19. Crowe, M., Beaglehole, B., & Inder, M. (2021). Psychoeducation for bipolar disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 282, 217-227.
20. Frank, E. (2020). Interpersonal and social rhythm therapy: A means of improving depression and preventing relapse in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 76(4), 711-720.
21. Tondo, L., Pompili, M., Forte, A., & Baldessarini, R. J. (2021). Suicide attempts in bipolar disorders: comprehensive review of 101 reports. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 143(6), 485-498.