Psicopatología

Psicopatología

Adolfo Jarne Esparcia

Antoni Talarn Caparrós

Manuel Armayones Ruiz

Esther Horta i Faja

Elena Requena Varón

EDITORIAL UOC

Diseño del libro, de la cubierta y de la colección: Manel Andreu

Primera edición en lengua castellana: febrero 2006

© Manuel Armayones Ruiz, Esther Horta i Faja, Adolfo Jarne Esparcia, Elena Requena Varón, Antoni Talarn Caparrós, del texto
© 2006 Editorial UOC
Av. Tibidabo, 45-47, 08035 Barcelona
www.editorialuoc.com

Realización editorial: Eureca Media, SL
Impresión: Gráficas Rey, SL

ISBN: 84-9788-333-0
Depósito legal:

La UOC queda facultada expresamente por el/la autor/a para digitalizar y publicar la Obra en un repositorio en línea que será accesible al público bajo licencias Creative Commons, incluyendo la licencia ReconocimientoNoComercial-SinObraDerivada (BY-NC-ND), v.4.0 Internacional (jurisdicción internacional), que permitirá copiar, distribuir y transmitir públicamente la Obra siempre citando la autoría y la fuente, sin hacer un uso comercial y sin hacer obra derivada. Si la Obra es transformada, la obra generada estará sometida a una licencia Creative Commons similar o compatible con la licencia mencionada.

Autores

Adolfo Jarne Esparcia
Doctor en Psicología por la Universitat de Barcelona. Profesor titular de Psicopatología en la Facultad de Psicología de la Universitat de Barcelona. Especialista en Psicología Clínica y Forense.

Antoni Talarn Caparrós
Doctor en Psicología por la Universitat de Barcelona. Profesor titular de Psicopatología en la Facultad de Psicología de la Universitat de Barcelona. Profesor de la Fundación Vidal i Barraquer. PIR del Servicio de Psicología Clínica de Fundación Puigvert, Barcelona. Especialista en Psicología Clínica y psicoterapeuta psicoanalítico.

Manuel Armayones Ruiz
Doctor en Psicología por la Universitat de Barcelona. Máster en Drogodependencias, Posgraduado en Evaluación e Intervención Clínica en el ámbito hospitalario. Profesor de los Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universitat Oberta de Catalunya y coordinador de las asignaturas del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.

Esther Horta i Faja
Doctora en Psicología por la Universitat de Barcelona. Máster en Psiquiatría de Sector. Profesora asociada de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universitat de Barcelona. Psicóloga clínica adscrita al Gabinete de Asistencia Médica y Prevención de Riesgos Laborales de la Dirección General de Seguridad Ciudadana de la Generalitat de Catalunya.

Elena Requena Varón
Doctora en Psicología por la Universitat de Barcelona. Máster en Psicopatología clínica. Profesora asociada de la Universitat Ramon Llull. Consultora de la UOC.

Índice

Presentación 11

Capítulo I. Bases conceptuales de la Psicopatología y clasificación de los trastornos mentales 13

1. Objeto de estudio de la Psicopatología 13
1.1. Delimitación del objeto de estudio de la Psicopatología 13
1.2. Disciplinas relacionadas con la Psicopatología 17
2. Aproximación histórica a la Psicopatología 18
2.1. Culturas primitivas 19
2.2. Sociedades preclásicas 20
2.3. Antigüedad grecorromana 20
2.4. Edad Media 20
2.5. Renacimiento e Ilustración 21
2.6. Finales del siglo XVIII y primera mitad del siglo XIX 22
2.7. Finales del siglo XIX y principios del siglo XX 23
2.8. Algunas claves de la situación actual 25
3. Concepto y criterios de anormalidad 26
3.1. Concepto de anormalidad 26
3.2. Criterios de anormalidad 27
4. Modelos teóricos en Psicopatología 32
4.1. Modelo biológico 32
4.2. Model psicodinámico 34
4.3. Modelo humanista 34
4.4. Modelo conductual 35
4.5. Modelo cognitivo 36
5. Sistemas de clasificación de los trastornos mentales 37
5.1. ¿Por qué hay que clasificar en Psicopatología? 37
5.2. La Clasificación Internacional de las Enfermedades 41
5.3. El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* 44

Capítulo II. Psicopatología Clínica 51

1. La esquizofrenia y otros trastornos psicóticos 51
1.1. La esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Introducción 51
1.2. Trastorno delirante/Paranoia 70
1.3. Trastorno psicótico breve 76
1.4. Trastorno psicótico compartido 78
1.5. Otros trastornos psicóticos 80
1.6. Psicosis. Diagnóstico diferencial (dd) 83
2. Los trastornos del estado de ánimo 86
2.1. Generalidades 86
2.2. Clasificación 89
2.3. Trastorno depresivo mayor 93
2.4. Trastorno distímico 96
2.5. Trastornos bipolares (a) 99
2.6. Trastornos bipolares (b) 103
2.7. Otras manifestaciones 107
2.8. Diagnóstico diferencial 111
2.9. Epidemiología y factores de riesgo 117
3. Los trastornos de ansiedad 119
3.1. Introducción a los trastornos de ansiedad 119
3.2. Clasificaciones de los trastornos de ansiedad 120
3.3. Clínica de los trastornos de ansiedad 121
3.4. Trastorno de pánico sin agorafobia 124
3.5. Trastorno de pánico con agorafobia 127
3.6. Trastorno por estrés agudo 128
3.7. Trastorno por estrés postraumático 130
3.8. Trastorno por ansiedad generalizada 133
3.9. Trastorno mixto ansioso depresivo 135
3.10. Trastorno de ansiedad a causa de enfermedad médica 136
3.11. Fobia específica 136
3.12. Fobia social 139
3.13. Agorafobia sin historia de trastorno de pánico 141
3.14. Trastorno obsesivo-compulsivo 143
3.15. Trastornos adaptativos 150

4. La histeria y los trastornos de somatización 156
4.1. La histeria y los trastornos somatoformes. Introducción 156
4.2. La histeria y los trastornos somatoformes. Epidemiología y factores asociados 157
4.3. La histeria. Clasificación 158
4.4. La amnesia disociativa 158
4.5. La fuga disociativa 160
4.6. Trastorno de identidad disociativo 162
4.7. Trastorno de despersonalización 163
4.8. Trastorno de somatización (síndrome de Briquet) 165
4.9. Trastorno de conversión 168
5. Los trastornos de personalidad 171
5.1. Concepto de trastorno de la personalidad 171
5.2. Trastornos de la personalidad. Clasificación 173
5.3. Trastornos de la personalidad que pertenecen al grupo A 175
5.4. Trastorno paranoide de la personalidad 175
5.5. Trastorno esquizoide de la personalidad 178
5.6. Trastorno esquizotípico de la personalidad 181
5.7. Trastornos de la personalidad que pertenecen al grupo B 184
5.8. Trastorno antisocial de la personalidad 185
5.9. Trastorno límite de la personalidad 189
5.10. Trastorno histriónico de la personalidad 193
5.11. Trastorno narcisista de la personalidad 196
5.12. Trastornos de la personalidad que pertenecen al grupo C 200
5.13. Trastorno de la personalidad por evitación 200
5.14. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad 202
6. Los trastornos de la alimentación 206
6.1. Los trastornos de la alimentación en la clínica psicopatológica 206
6.2. Anorexia nerviosa 210
6.3. Bulimia nerviosa 218
6.4. Obesidad 224
7. Los trastornos de sexualidad 228
7.1. Introducción a los trastornos de la sexualidad 228
7.2. Clasificaciones de los trastornos de la sexualidad 230
7.3. Clínica de las disfunciones sexuales 230

7.4. Las parafilias 245
7.5. Los trastornos de la identidad sexual 254

Capítulo III. Modelos etiológicos de los trastornos 259

1. La etiología de los trastornos mentales 259
1.1. La multifactorialidad de la etiología de los trastornos mentales 259
1.2. Conceptos clave sobre etiología en Psicopatología 262
1.3. Relación entre factores que intervienen en la etiología de los trastornos mentales 264
2. Aportaciones desde los modelos teóricos al estudio de la etiología de los trastornos mentales 268
2.1. Aportaciones desde los modelos biologicistas 268
2.2. Aportaciones desde el psicoanálisis y los modelos dinámicos 271
2.3. Aportaciones desde los modelos cognitivoconductuales 273
2.4. Aportaciones desde el modelo sistémico 279

Anexo 288

Bibliografía 335

Presentación

Del papel y la magia

Presentamos aquí la versión en papel, en libro tradicional, del Manual de Psicopatología, con el que estudian los alumnos de la asignatura del mismo nombre de la UOC, de esta universidad. La enseñanza, el aprendizaje y la transmisión y el acceso a los conocimientos a través de Internet se están convirtiendo en unos de los símbolos de la revolución postmoderna. En ello hay un acuerdo unánime entre los profesionales de la educación y a ello nos adherimos todos porque caminamos con el mundo y hacemos el camino del mundo. Esto nadie lo discute.

Pero también estamos de acuerdo en que existe una magia implícita en el papel; en el papel organizado de una forma determinada, en hojas dobladas y cosidas unas a otras y que se arrastran con los dos dedos de una mano, poniendo uno delante y otro detrás. En ese simple acto que dura un escaso segundo, reconocemos una magia antigua y poderosa que prefigura la visión del mundo de nuestra cultura, la forma de ver la vida en nuestra mente. Quizás esta magia se retrotrae a nuestra infancia; al aprendizaje de las primeras letras, los primeros cuentos, cómics, libros….., cuando el mundo se empezaba a hacer grande y extenso y parecía que nunca acababa y lo queríamos abarcar y se hacía cada vez más grande. Quizás ello justifique la persistencia del libro, tal como lo conocemos ahora y más allá de las necesidades académicas, quizás ello justifique las páginas que siguen a ésta.

Respecto al contenido; es un manual de Psicopatología General del adulto; es decir habla del sufrimiento y el dolor humano en una de sus dimensiones, en una dimensión que de hecho siempre está presente. Está dirigido a personas que han elegido como actividad profesional y/o de conocimiento este sufrimiento y ello implicita de alguna manera el interés en la forma de atenuarlo, quizás también en una guerra en la que de nuevo ganamos batallas, pero nunca la guerra misma. Los cinco autores que firmamos el texto confiamos o queremos confiar en que pueda ayudar de alguna manera en estas batallas.

Adolfo Jarne

Capítulo I
Bases conceptuales de la Psicopatología y clasificación de los trastornos mentales

1. Objeto de estudio de la Psicopatología

1.1. Delimitación del objeto de estudio de la Psicopatología

Etimológicamente, el término *Psicopatología* hace referencia a psique que sufre o que está enferma.

"La Psicopatología es una ciencia que estudia las desviaciones patológicas de la vida psíquica, especialmente la psicosis y las psicopatías, y que constituye la base científica de la psiquiatría".

Dorsch (1976)

"La Psicopatología es el estudio sistemático y científico de la etiología, sintomatología y proceso de la conducta anormal".

Lemos (2000)

"La Psicopatología es la ciencia de la conducta desviada... Ciencia experimental cuyo objetivo es llegar a la formulación de principios y leyes generales que permitan explicar muchos y muy diversos tipos de alteración del comportamiento".

Maher (1970)

"La Psicopatología es, en un principio, la ciencia positiva que estudia la psique enferma".

Monedero (1973)

"Aquella disciplina que se ocupa de los seres humanos que, a causa de sus características psicológicas, tienen dificultades para su realización biológica y personal".

Monedero (1996)

"... la descripción y clasificación... de los trastornos mentales"

Pieron (1968)

"La Psicopatología es el estudio y tratamiento de las enfermedades mentales y constituye la base teórica de la psiquiatría".

Simally (1969)

"La Psicopatología es la disciplina psicológica dedicada al estudio científico de la conducta o el comportamiento trastornado o anormal".

Tizón (1978)

Como sucede en muchas disciplinas que se encuentran a caballo entre la ciencia y la aplicación, definir el objeto de estudio de la Psicopatología no es tan fácil como podría parecer *a priori*. En cierto modo, la multiplicidad terminológica para hacer referencia a la misma disciplina tiene algo que ver con esta dificultad.

La disciplina que estamos estudiando recibe diversas denominaciones. Esta variedad se relaciona con la diversificación de escuelas teóricas dentro de nuestro campo. Por tanto, aunque sean términos que trataremos como sinónimos, en realidad hay una concepción teórica subyacente que impide que sean sinónimos perfectos. Sin duda, el término más clásico es el de Psicopatología, que, además, es el nombre que con más frecuencia aparece en los planes de estudios de las universidades españolas y en los manuales y libros. En la tabla 1.1 puede ver unas cuantas denominaciones y la tradición de la que proceden:

Tabla 1.1.

Ámbito de la psiquiatría	Ámbito de la psicología de la conducta	Ámbito interdisciplinar
Psicopatología Psicopatología Clínica Patopsicología clínica	Psicología patológica Psicología anormal Psicología de la anormalidad Psicología de la conducta desadaptada Psicología anormal experimental	Psiquiatría experimental Psicopatología objetiva Psicopatología cuantitativa

Las diferentes denominaciones, como podéis observar, señalan el objeto de estudio como algo que es patológico, anormal, desviado, desadaptado, trastornado, desorganizado, etc. El término de enfermedad mental es restrictivo y ac-

tualmente se tiende a no utilizarlo para definir el objeto de estudio de la Psicopatología. Aunque usaremos estos términos como intercambiables o equivalentes, lo cierto es que cada uno tiene una fundamentación diferente: anormalidad y desviación son conceptos estadísticos; trastorno, perturbación, desorganización, se asimilan a desequilibrio, ruptura, pérdida de armonía; patología sería desviación indeseable o peligrosa y parece connotar una mayor gravedad.

La Psicopatología comparte con otras ciencias su interés por comprender la conducta humana; la diferencia con otras disciplinas radica en su interés en la naturaleza y las causas de la conducta anormal o psicopatológica.

La definición del objeto de estudio o de los objetivos de la Psicopatología que proponemos a continuación no sería aceptada por todos los psicopatólogos sin realizar alguna que otra matización previa. No obstante, nuestro objetivo es presentar una definición que sea esclarecedora y, sobre todo, que nos guíe a lo largo de la asignatura.

La citada definición contiene cuatro elementos. Concretamente, la *Psicopatología*:

1) Es una ciencia que estudia la mente y la conducta humanas, aunque se centra en sus aspectos desviados o anormales. Sin embargo, se matiza que el funcionamiento mental y las conductas del ser humano se expresan a lo largo de un continuo que abarca desde la normalidad hasta la patología sin que haya una línea de separación clara.

2) Se trata de una ciencia que se encuentra en la base de algunas aplicaciones en el campo de la salud mental, como puede ser la Psicología Clínica y la Psiquiatría, aunque no puede identificarse con éstas.

3) Sus aportaciones poseen una doble naturaleza: aumentan los conocimientos básicos sobre el comportamiento humano y guían la práctica clínica (prevención, diagnóstico e intervención).

4) Como disciplina básica que es, la Psicopatología presenta la investigación como hito principal: busca establecer leyes generales sobre las causas de los trastornos mentales, aun con la importancia otorgada a la descripción y evolución. La metodología por excelencia sería la experimental, aunque por la naturaleza de su objeto de estudio pueda ser necesario recurrir a otras metodologías de investigación.

La Psicopatología se plantea como objetivo principal descubrir las leyes que regulan la conducta anormal[1] o patológica mediante el método científico.

De los cuatro puntos anteriores, sin duda la cuestión clave es definir qué se entiende por conducta desviada o anormal, tema sobre el cual tampoco hay unanimidad de criterios.

De esta amplia definición, podemos establecer que la Psicopatología tiene que responder a cuatro cuestiones básicas:

1) ¿Qué tipo de conductas desviadas existen?

La respuesta a esta primera pregunta corresponde a la descripción y clasificación de los trastornos mentales. A partir de la sintomatología, curso, pronóstico y diagnóstico diferencial, se aislan y caracterizan las diferentes manifestaciones de la conducta anormal.

2) ¿Cuáles son sus causas y con qué características sociales, culturales, etc. se relacionan?

La primera parte de la pregunta hace referencia a la etiología y la segunda parte, a los estudios de epidemiología que identifican factores de riesgo.

3) ¿Qué se puede hacer para aminorar estos trastornos?

Esta cuestión está relacionada con la intervención: en la medida en que la Psicopatología describe e intenta identificar las causas de la conducta desviada, puede establecer pautas para la intervención.

4) ¿Qué se puede hacer para prevenirlos?

La última pregunta está relacionada tanto con la etiología como con la epidemiología.

Para acabar de conceptualizar esta disciplina, queremos destacar que la presencia de Psicopatologías siempre representa un obstáculo para el desarrollo individual (social, afectivo, intelectual, físico) de la persona y/o de su grupo social inmediato.

- La Psicopatología estudia los aspectos desviados o anormales del funcionamiento mental y la conducta humanas.

1. Véase el apartado 3 (“Concepto y criterios de anormalidad”) de este capítulo.

- La definición del concepto de anormalidad es motivo de controversia.
- La Psicopatología es una disciplina científica que tiene que ser capaz de describir y clasificar las manifestaciones de la conducta desviada, especificar sus causas y sus factores de riesgo, y ofrecer las pautas necesarias para su prevención e intervención.

1.2. Disciplinas relacionadas con la Psicopatología

La Psicología Clínica y la Psiquiatría son dos disciplinas afines a la Psicopatología, pero cada una de ellas presenta sus rasgos característicos.

La Psicopatología es una disciplina de carácter básico que pretende aportar fundamentos científicos a áreas como la Psicología Clínica y la Psiquiatría.

1) Psicopatología y Psicología Clínica

Algunos autores han definido la Psicología Clínica como el estudio científico del comportamiento trastornado individual según las leyes formuladas por la Psicopatología. Las diferencias entre las dos disciplinas se concretarían en:

a) La Psicología Clínica es una disciplina aplicada; la Psicopatología, básica.

b) La Psicología Clínica se encarga del diagnóstico y tratamiento de un sujeto concreto con trastorno mental; la Psicopatología trata de formular leyes generales que expliquen los trastornos mentales.

c) El campo de acción de la Psicología Clínica va más allá de los trastornos mentales, ya que se aplica a situaciones que no necesariamente se define como un trastorno mental (problemas de pareja, de asertividad, etc.).

Por tanto, la fundamentación teórica de la Psicología Clínica se encuentra en la Psicopatología, pero también en la Psicología de la personalidad, la Psicología diferencial, el psicodiagnóstico y la psicoterapia.

2) Psicopatología y Psiquiatría

La relación entre Psicopatología y Psiquiatría viene dada porque la primera es la base de la segunda: la Psicopatología es la fundamentación científica de la Psiquiatría. Veamos ahora las diferencias existentes entre ambas:

a) La Psiquiatría es una práctica médica; la Psicopatología, por su parte, una disciplina científica de carácter básico.

b) La Psiquiatría pone el énfasis en el sujeto enfermo, en el caso individual; la Psicopatología, en la etiología y evolución de los trastornos mentales.

c) La Psicopatología es una ciéncia básica que intenta establecer conceptos y leyes generales; la Psiquiatría es una disciplina esencialmente aplicada que busca sus conocimientos en la Psicopatología.

d) El objetivo de la Psiquiatría es la terapéutica; el de la Psicopatología, la explicación científica.

- Psicopatología, Psicología Clínica y Psiquiatría guardan una estrecha relación.
- La Psicología Clínica y la Psiquiatría son disciplinas aplicadas e ideográficas; la Psicopatología es una disciplina básica y nomotética.
- Psicología Clínica y Psiquiatría aplican en casos concretos los conocimientos generales proporcionados por la Psicopatología.

2. Aproximación histórica a la Psicopatología

Todas las culturas y épocas históricas han buscado una explicación a los trastornos mentales.

Observamos tres concepciones en el pensamiento humano respecto al origen de la conducta anormal: mágica, organicista y psicogénica.

1) Una tendencia que podríamos denominar genéricamente *concepción mágica*, que explica la conducta anormal por medio de la magia y los fenómenos sobrenaturales.

2) Una tendencia que se podría llamar *concepción organicista*, y que explica la conducta apelando a causas físicas.

3) Una última tendencia, *concepción psicogénica*, que busca una explicación psicológica o psicosocial de los trastornos mentales.

A lo largo de la historia de la humanidad, las tres explicaciones sobre el trastorno mental han convivido aunque una de ellas prevalece sobre las demás en un determinado momento histórico.[2]

2.1. Culturas primitivas

Disponemos de pocas fuentes fiables respecto a qué significado otorgaron las culturas prehistóricas a las conductas anormales. Tan sólo contamos con hallazgos arqueológicos, como pueden ser cráneos que parece que hayan sido sometidos a algún tipo de trepanación, y con los estudios etnográficos de pueblos actuales que se infiere que viven en niveles de desarrollo cultural parecidos al paleolítico y neolítico.

A partir de estos datos, todo apunta a que la explicación que daba el hombre primitivo a la conducta anormal se situaría en la concepción mágica y en el origen sobrenatural del trastorno mental (violación de un tabú, posesión demoníaca, maleficio, rapto del alma, etc.).

La concepción mágica en el hombre primitivo a menudo correspondía a la idea de que un ser maléfico había tomado posesión de la persona y controlaba su mente, siempre de manera perjudicial. Esta interpretación se denomina *demonología*, y ha constituido una de las tesis para explicar los cráneos trepanados correspondientes a la edad de piedra hallados en Perú. Sin embargo, la trepanación como práctica mágico-religiosa encaminada a liberar al sujeto de supuestos espíritus malignos no es la única explicación posible; podría haber consistido en una práctica para liberar la presión intracraneal o, sencillamente, las trepanaciones fueron a causa de fracturas provocadas por armas de guerra.

No obstante, la concepción mágica no siempre es demonológica, puesto que a veces posee connotaciones positivas: es el caso de los *desórdenes sagrados* o chamanismo, en el que el chamán, por medio de una serie de ceremonias rituales, entra en contacto con divinidades o espíritus.

2. J. Postel y C. Quétel (1983). *Historia de la psiquiatría*. México: Fondo de cultura económica.

2.2. Sociedades preclásicas

Podemos afirmar con seguridad, ya que disponemos de legados escritos, que sociedades anteriores a la griega –como la mesopotámica, la hindú, la china y la hebrea– valoraban la conducta anormal según la concepción demonológica.

Dependiendo de las diferentes culturas, el trastorno mental era a causa de un castigo divino o bien venía motivado por la acción de algún demonio.

2.3. Antigüedad grecorromana

Durante la época grecorromana, sin que deje de existir totalmente la concepción mágica, se irá imponiendo de forma progresiva la idea de que los trastornos mentales son enfermedades físicas. Las enfermedades del alma, de la misma manera que las enfermedades del cuerpo, están determinadas por causas naturales y tienen, por tanto, una explicación fisiológica y un tratamiento somático.

De esta época destaca la teoría de los humores elaborada progresivamente por Hipócrates y por el resto de los autores del *Corpus hippocraticum*. Según esta teoría, todas las enfermedades tendrían su origen en un desequilibrio de los humores corporales (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) localizados en órganos específicos (corazón, cerebro, hígado y bazo, respectivamente). En el caso de los trastornos mentales, el cerebro se ve afectado especialmente; no es que el cerebro sea el causante del trastorno mental, sino que expresa psíquicamente los trastornos humorales. Dichos trastornos humorales pueden ser a causa tanto de factores internos como externos, destacando especialmente la alimentación.

2.4. Edad Media

Sin lugar a dudas, la Iglesia católica ha sido durante muchos siglos la fuente más influyente en el pensamiento occidental respecto a la concepción de los trastornos mentales, como vemos en el hecho de que la brujería o la posesión demoníaca eran el origen de la conducta desviada.

Hasta el siglo XIII la Iglesia consideraba al "loco" una víctima inocente del diablo, de modo que el trato terapéutico era delicado y respetuoso (oraciones, agua bendita, exorcismos, peregrinaciones a lugares sagrados, etc.).

Esta situación irá cambiando, proceso que culmina con la publicación, en 1478, del libro *Malleus malificarum* ('El martillo de las brujas') de los dominicos Kramer y Sprenger. Ahora la locura implica una participación activa del endemoniado o de algún agente (brujas, etc.) en este proceso y, por tanto, la persona es culpable y susceptible de ser torturada y ajusticiada para restaurar el pacto alterado con Dios. La creencia popular era que los tratamientos crueles y los castigos físicos en realidad eran un castigo para el diablo que residía en el sujeto, y no tanto para el sujeto en sí.

Esta concepción mágica y el tratamiento (bárbaro) que la acompañaba impidió durante siglos el afloramiento de aportaciones intelectuales, a pesar de que una pequeña minoría ilustrada mantenía viva la tradición hipocrática.

2.5. Renacimiento e Ilustración

Durante el Renacimiento y la Ilustración aumentaron las voces que cuestionaban duramente la visión demonológica, al mismo tiempo que se observa una vuelta a la consideración de causas naturales para explicar la enfermedad mental.

Son muchos los autores y las aportaciones que pertenecen a este periodo.

En el siglo XV aparecen los primeros manicomios y hospitales psiquiátricos. Los primeros se fundan en Barcelona, Valencia y Londres.

Juan Luis Vives (1497-1588) y Johann Weyer (1516-1588) son dos autores que cabe destacar. Vives cuestiona el origen sobrenatural de la enfermedad mental y plantea el encierro de los locos con finalidades terapéuticas. Por otra parte, Weyer es considerado el padre de la Psicopatología moderna y el primer psiquiatra. Atacó directamente la concepción demonológica, se especializó como médico en las enfermedades mentales y realizó detalladas descripciones clínicas.

Ya en el siglo XVIII destacan dos hechos: el auge de la observación y descripción clínica de los diferentes trastornos y la tendencia creciente a recluir a estos enfermos en centros e instituciones.

Vamos a detenernos en este último hecho. Ahora se acelerará la reclusión iniciada en el siglo XV de enfermos mentales, huérfanos, mendigos y marginados en general, primero en hospitales, después en instituciones de asilo, en prisiones, y de nuevo en asilos, a menudo sin atención médica y en condiciones francamente denigrantes.

2.6. Finales del siglo XVIII y primera mitad del siglo XIX

Destacan dos hechos importantes en este periodo: la primera gran reforma asistencial y el abandono definitivo del modelo hipocrático, que fue sustituido por una nueva manera de entender y llevar a cabo la práctica clínica.

1) La primera reforma asistencial

El clima ideológico y social preparado por la Ilustración con su idea de los derechos del hombre y del ciudadano sensibilizó con respecto a las condiciones inhumanas que en aquellos momentos reinaban en los asilos y favoreció un cambio en el trato institucional a los enfermos mentales.

Fueron dos las ideas centrales que promovieron la reforma: la consideración del hospital mental (manicomio) como una institución cerrada de naturaleza terapéutica –y no sólo represiva o de control social– y un nuevo trato y actitud hacia el enfermo denominada *tratamiento moral*.

Los tres principios básicos del tratamiento moral descritos por Pinel se basan en el sentido común: hablarle con amabilidad al enfermo, compadecerse de él y darle esperanzas. La finalidad era "normalizar" al enfermo con razonamientos y una actitud educativa por parte del médico. Se intentaba razonar con el enfermo con una estratagema inspirada en la génesis y en la lógica de su delirio.

Postel y Quétel citan su ejemplo. Un sastre había desarrollado una fuerte melancolía con ideas delirantes de que muy pronto lo detendrían y lo llevarían a la guillotina con motivo de unas declaraciones que había hecho. Tan convencido estaba, que se pasaba todo el día estirado en la cama esperando dicho acontecimiento. Con la ayuda de otros médicos, Pinel simula un juicio al enfermo en el cual sale absuelto de las acusaciones imaginarias. Parece que, inicialmente, se produjo una recuperación del estado de ánimo del paciente, pero cuando al-

guien por error le explicó la pantomina, el enfermo cayó en una melancolía todavía más profunda.

Junto con la actitud del médico descrita en los tres principios básicos, la ocupación activa y el trabajo obligatorio ayudaban a la restauración del sentido común. Estas ideas, evidentemente, eran incompatibles con el contexto hospitalario del momento, con prácticas basadas en el control físico del enfermo.

Este tratamiento fue un fracaso como tal a pesar de los éxitos iniciales. El método consistía en hacer que el loco entrase en razón no desde la perspectiva de la comprensión de su trastorno, sino desde la perspectiva de los valores del médico. La gran crítica que recibió Pinel es que intentaba modificar la conducta anormal sin entenderla. Como rasgo positivo, debemos destacar que el tratamiento moral mejoró las condiciones de vida en los manicomios.

2) Una nueva clínica

Por primera vez se aplicará el método clínico descriptivo, muy parecido al actual. Así pues, se enfatiza la importancia de la descripción clínica con la recopilación de casos y de la observación detallada del comportamiento y sintomatología del enfermo, con objeto de conseguir la descripción y clasificación de los trastornos mentales dejando a un lado la teoría de los humores.

2.7. Finales del siglo XIX y principios del siglo XX

Si en el periodo histórico anterior las grandes aportaciones las realizaron autores franceses, ahora el área de influencia se desplaza a la cultura germánica.

El interés recaerá en la formulación de teorías explicativas, teorías que se pueden agrupar en dos tendencias: las hipótesis de tipo biologista, herederas de la tradición hipocrática y nacidas en un contexto médico, y las hipótesis de tipo psicologista, que supusieron toda una ruptura con la tradición que representaba la corriente biologista.

1) Perspectiva organicista

El antecesor más importante de la concepción organicista es Griesinger (1817-1868). Este psiquiatra alemán estaba convencido de que sería posible es-

tablecer una relación directa entre los diferentes trastornos psicopatológicos y lesiones anatómicas en el sistema nervioso central.

Un discípulo de Griesinger, Emil Kraepelin, aun coincidiendo con su maestro en que la etiología de los trastornos mentales es de causa orgánica, defiende que las enfermedades mentales quedan más bien definidas por su curso, pronóstico y clínica.

La gran aportación de Kraepelin fue poner orden en el desorden que reinaba en la Psicopatología en aquel momento: recopiló y sistematizó la gran cantidad de cuadros clínicos que se habían descrito a lo largo del último siglo y los agrupó en función de sus afinidades clínicas. De aquí surgió la gran diferenciación entre la demencia precoz y la psicosis maníaco-depresiva, a las cuales añadiría posteriormente las psicosis delirantes crónicas.

La influencia de Kraepelin ha sido y es muy importante, como podemos observar en cierto resurgimiento de sus planteamientos en lo que ha dado en llamarse *escuela neokraepeliniana*.

2) Perspectiva psicologista

Precursores de esta perspectiva en Europa serían Charcot, Babinski, Janet, Freud y Bleuler; Meyer lo sería en Estados Unidos.

El planteamiento de una posible causa psicológica en la génesis del trastorno mental proviene, esencialmente, del psicoanálisis. Con Freud, el centro de interés se desplaza de los cuadros psicóticos (que básicamente son los que había tratado Kraepelin) a los cuadros neuróticos, pero además trata la disociación entre conducta normal y anormal, de manera que posibilita una comprensión más completa del fenómeno psíquico tanto si es normal com si es morboso. Otro de los grandes méritos de este autor consistió en sustituir el método clínico de la anamnesis por el patobiográfico; es decir: se pasa de la historia de la "enfermedad" a la historia del "enfermo".

En definitiva, este movimiento psicológico provocó una auténtica revolución en la Psicopatología porque:

a) Se plantea una revisión profunda del concepto *enfermedad mental*, concepto excesivamente teñido de un organicismo obsoleto.

b) Se enfatizan los factores psicológicos en la etiología y terapéutica de los trastornos de conducta.

c) Se pone el acento en la historia del individuo, más que en la historia de la enfermedad.

d) Motivó, especialmente en Estados Unidos, un movimiento de reforma contra el internamiento indiscriminado en hospitales psiquiátricos, campañas de higiene mental, mejoras en el sistema hospitalario y nuevas terapias y métodos asistenciales (como la terapia ocupacional, por ejemplo).

2.8. Algunas claves de la situación actual

Podemos señalar cuatro rasgos importantes de la Psicopatología desde el final de la Segunda Guerra Mundial hasta la actualidad:

1) La fragmentación de la Psicopatología en modelos y escuelas.

2) El establecimiento de nosologías y sistemas diagnósticos unanimemente reconocidos.

3) La segunda revolución terapéutica, que se concreta en la desaparición del hospital mental como institución de referencia para el tratamiento de los trastornos mentales, el nacimiento de la atención comunitaria y el nacimiento de la Psicofarmacología moderna.

4) Las aportaciones de las neurociencias a los trastornos mentales, aunque incipientes, pueden romper la dicotomía entre las corrientes biologicistas y psicologistas.

- La explicación a los trastornos psicopatológicos ha oscilado a lo largo de la historia entre una explicación mágica, organicista o psicogénica.
- Culturas primitivas y preclásicas: predominio de la concepción mágica (demonología y chamanismo).
- Antigüedad grecorromana: expansión de la teoría de los humores.
- Edad Media: vuelta a la concepción demonológica. Terapéutica especialmente cruel para el enfermo a partir del siglo XIV.
- Renacimiento e Ilustración: duras críticas a la demonología y vuelta a la teoría de los humores. Aparición de los primeros manicomios.
- Finales del siglo XVIII - primera mitad del siglo XIX: primera reforma asistencial (tratamiento moral) y adopción del método clínico descriptivo.

- Finales del siglo XIX - principios del siglo XX: énfasis en la elaboración de teorías de carácter biologista o psicologista.
- Época actual: multiplicación de modelos y escuelas, adopción de sistemas diagnósticos, segunda revolución terapéutica, aportaciones de las neurociencias.

3. Concepto y criterios de anormalidad

3.1. Concepto de anormalidad

Existe una tendencia natural en el ser humano a considerar ciertas conductas como de carácter psicopatológico. Términos como locura, posesión demoníaca, insania, demencia, psicosis, *amok*[3], etc. han sido utilizados por diversos grupos culturales y en diferentes momentos históricos para identificar conductas consideradas anormales. Esto nos hace pensar que:

1) Los fenómenos psicopatológicos son universales e intemporales; se han observado y se siguen observando en cualquier cultura y época.

2) Desde antaño y en todas partes, aunque sea de manera no científica, se han advertido ciertas características distintivas de la Psicopatología que la diferencia de otros tipos de desviación de las normas grupales como el crimen, la conducta inmoral, la automarginación por motivos políticos o existenciales, etc.

3) La necesidad de control de las conductas desviadas por parte de las sociedades a lo largo del tiempo.

No obstante, resulta extremadamente complejo definir el concepto de anormalidad psicológica.

El adjetivo *anormal* a menudo tiene asignado un sentido peyorativo aunque el término no lleve implícito unas connotaciones negativas; por ejemplo: un co-

3. El término *amok* designa un tipo de reacción observada especialmente en Malasia en la que el individuo trastornado comienza a correr de manera desesperada con un puñal en la mano y mata a todo aquel que se interpone en su camino.

ciente intelectual extremadamente alto es anormal entre la población, pero revestiría un carácter "positivo". Queda claro, no obstante, que este tipo de anormalidad no es del interés de la Psicopatología; la Psicopatología, en todo caso, se ocuparía de aquellas conductas anormales que presentan una connotación negativa para el sujeto, en el sentido de dificultar su desenvoltura en la vida cotidiana en mayor o menor medida.

No se ha llegado a una definición satisfactoria y unánime de anormalidad. Dentro de la Psicopatología hay diversidad de enfoques y cada uno de ellos defiende unos criterios específicos para definir la Psicopatología o anormalidad. En uno de los extremos de este abanico se halla el modelo organicista, que equipara los trastornos mentales con el resto de las enfermedades. Aquí la anormalidad se definiría por la presencia de alteraciones o disfunciones biológicas. En el otro extremo se encuentran las posturas antipsiquiátricas que defienden la inexistenca de la conducta anormal como tal, así como que la Psicopatología no es más que un instrumento político de opresión y control sobre la población.

La traducción de estas divergencias teóricas ha sido la formulación de diferentes criterios que pretenden delimitar el binomio normalidad-anormalidad. Sin embargo, la tendencia actual es interpretar las dimensiones de normalidad y anormalidad como los dos polos de un continuo para superar los enfoques clásicos que acentuaban las diferencias entre la conducta normal y la anormal.

3.2. Criterios de anormalidad

Se han propuesto criterios diferentes a modo de guía para determinar qué se considera anormal o psicopatológico. Los más utilizados son los criterios estadísticos, clínicos, sociales o interpersonales, subjetivos o intrapsíquicos y, finalmente, biológicos. Cada uno de estos criterios es incapaz de abarcar por sí solo toda la amplitud del binomio normalidad-anormalidad, ya que frecuentemente sólo han enfatizado una de las dimensiones que lo forman, pero ninguno de éstos de manera aislada es suficiente para definir la anormalidad.

1) Criterios estadísticos

Los criterios estadísticos definen la anormalidad psicológica a partir de dos supuestos: el supuesto de frecuencia y el supuesto de continuidad.

Teniendo en cuenta el primer supuesto, los criterios estadísticos presuponen que las variables que definen psicológicamente a un individuo se distribuyen en la población según una curva normal. Así pues, un individuo concreto respecto a una característica se sitúa en un punto determinado de esta distribución, y puede ser calificado como normal o anormal según si es muy frecuente esta posición en la población general. De manera que anormal es lo poco frecuente. Sin embargo, no podemos identificar esta anormalidad estadística con Psicopatología, ya que lo infrecuente no siempre implica un carácter psicopatológico, como hemos visto (por ejemplo, un cociente elevado de inteligencia, una elevada capacidad para la composición musical, etc.). Además, estos criterios equiparan elevada incidencia de un rasgo, conducta, característica, etc. dentro de una población con normalidad, pero ¿es siempre cierto eso?

Las matizaciones realizadas en el primer supuesto intentan ser corregidas con el supuesto de continuidad. Según éste, todos los elementos constitutivos de las Psicopatologías están presentes en la normalidad, pero en menor grado; es decir: la Psicopatología representaría una exacerbación por exceso o por defecto de una conducta, rasgo o característica presente en toda la población. Por ejemplo, las personas nos diferenciamos las unas de las otras por nuestro gusto por el orden, la limpieza, etc., y hay personas más ordenadas que otras, pero todo dentro de una normalidad que, sin embargo, llegado cierto punto ya pasa a ser un hecho extraño, poco habitual, "patológico" (cuando la persona necesita lavarse las manos continuamente hasta el punto de que se provoca problemas dermatológicos y necesita esta acción continua gran parte de su tiempo diario, por ejemplo). Fijaos, pues, en que las diferencias entre lo normal y lo patológico serían de naturaleza cuantitativa según este criterio.

2) Criterios clínicos

Estos criterios tienen como punto de partida la evaluación del paciente y se basan en la delimitación de conjuntos de síntomas que se identificarían con trastornos o cuadros psicopatológicos. Los criterios clínicos, pues, definen la conducta como anormal sobre la base de la presencia de síntomas.

Resulta imprescindible, por tanto, establecer definiciones para los diversos trastornos, definiciones que tienen que estar consensuadas por la comunidad científica. Ésta es la filosofía de los dos sistemas de clasificación de los trastornos

mentales más difundidos internacionalmente: la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Por tanto, anormal o psicopatológico es todo aquello que cumple los criterios definidos por esta anormalidad, lo cual no está exento de problemas. En primer lugar, porque en Psicopatología se tiene pocos síntomas fijos o absolutos de trastorno de conducta; hay, en definitiva, pocos signos cuya presencia sea objetivamente valorable, dado que necesitan la apreciación subjetiva del paciente y/o del clínico. En segundo lugar, porque el síntoma a menudo posee valor psicopatológico según el contexto donde se observa. Así, diferenciamos entre ansiedad normal y ansiedad patológica o tristeza como reacción de duelo y tristeza patológica, aunque las manifestaciones externas de ansiedad y tristeza en las situaciones anteriores no varíen en esencia, pero sí las circunstancias o condiciones que las rodean y que, al fin y al cabo, es lo que marcaría su carácter patológico o no.

3) Criterios sociales o interpersonales

La definición de anormalidad es una cuestión de normativa social: determinar el carácter psicopatológico de una conducta, rasgo o actividad depende del consenso social en un momento y lugar dados.

A partir de estos dos criterios se incide en el peso que tienen las variables socioculturales en la valoración de una conducta como anormal o normal. La investigación transcultural ha dejado constancia de la relatividad cultural del comportamiento humano: aquello que en un contexto histórico o cultural es normal, se considera psicopatológico en otro contexto (por ejemplo, el abuso de sustancias en nuestra cultura puede ser considerado un trastorno y en otras culturas, una forma de contacto con divinidades; o un individuo totalmente centrado en sí mismo puede ser indicativo de rasgos esquizoides en el mundo occidental, mientras que las culturas orientales pueden interpretarlo como sabiduría religiosa o riqueza interior).

Una variante de estos criterios es la anormalidad como inadaptación al medio. En este caso, la adecuación de un individuo particular al rol que socialmente tiene asignado es el criterio principal para determinar la normalidad de su comportamiento.

Sin embargo, tratar de definir el concepto *adaptación social* y si la inadaptación representa una normalidad o una anormalidad es casi tan difícil como definir el de anormalidad.[4]

A pesar de las críticas que se le puede hacer a este concepto, remarca adecuadamente la necesidad de considerar al hombre siempre dentro de un contexto social, y nunca aisladamente.

4) Criterios subjetivos o intrapsíquicos

Según estos criterios, el mismo individuo es quien mejor puede dictaminar su situación o estado.

Una variante de estos criterios es el criterio alguedónico. Así, se define la anormalidad según la presencia de sentimientos de sufrimiento, incomodidad o malestar personales que a menudo se traduce en manifestaciones verbales y de comportamiento, tales como quejas por la propia infelicidad, por la incapacidad de afrontar un problema, etc.

Otro criterio subjetivo sería el de "petición de ayuda". En este caso, conducta anormal sería aquella que provoca que la persona solicite la intervención de un profesional para que intervenga. Ni que decir tiene que éste es un criterio con muy poca fundamentación científica.

Este perfil de anormalidad, evidentemente, es limitado:

a) Por una parte, porque una gran cantidad de conductas anormales se generan sin sentimientos de sufrimiento o no son vividas como anormales por la persona (por ejemplo, en la esquizofrenia la conciencia subjetiva de alteración suele ser nula). En consecuencia, no sólo no se genera la petición de ayuda, sino que además puede ser rechazada. Curiosamente, esta situación descrita acostumbra a

4. Uno de los indicadores posibles de la adaptación social de una persona es la participación en actividades organizadas por la comunidad. En un centro de día de la ciudad de Barcelona para enfermos psicóticos, la educadora social había trabajado especialmente con los usuarios las fiestas de la Mercè: se habían repartido los programas festivos, discutido cada actividad y relacionado con los intereses personales con el objetivo de incentivar la participación, ya que a menudo las personas que son esquizofrénicas o padecen otros trastornos psicóticos están aisladas socialmente. Cuando el lunes la educadora preguntó quién había ido a las fiestas del fin de semana, lo cierto es que nadie había asistido. La profesional contaba eso con cierto desencanto en la reunión en equipo, pero entonces alguien preguntó a los compañeros si alguien había participado en algún acto de la Mercè, y la respuesta fue el más absoluto silencio (!).

ser característica de aquellas conductas que son más extrañas en el entorno social y en las que intuitivamente más se acepta la existencia de anormalidad.

b) Por otra parte, aunque la mayoría de las personas que manifiestan trastornos de conducta sufren de un modo subjetivo y expresan múltiples signos (dificultades en las relaciones interpersonales, miedo al fracaso, molestias físicas, etc.), no todas tienen la misma capacidad para expresarlos. En definitiva, los criterios subjetivos dependen de la autoevaluación y del autoinforme que el individuo sabe dar de sus sufrimientos.

Para acabar, está claro que no todas las personas que manifiestan quejas sobre angustia, inadecuación de la conducta según los parámetros sociales, etc. presentan rasgos psicopatológicos, incluso si recurren a la ayuda de un psicólogo o psiquiatra. Establecer la ecuación "sufrimiento es igual a anormalidad", además de inadecuado, negaría la riqueza de expresión de la emoción humana.

5) Criterios biológicos

Estos criterios enfatizan la naturaleza biológica frente a la psicológica de las personas. Para éstos, los diferentes trastornos psicopatológicos son fundamentalmente expresión de alteraciones o disfunciones del funcionamiento de la estructura o del proceso biológico que los sustenta. Sin embargo, son muchas las dificultades existentes para aislar cuáles son estas alteraciones y qué las ha producido.

Asumir una etiología orgánica como explicación última y exclusiva de la Psicopatología comportaría adoptar el término genérico *enfermedad mental*. Aunque se descubriese una etiología orgánica para cada uno de los trastornos psicopatológicos, eso no justificaría destacar la intervención de factores psicológicos o sociales en la etiología misma o en su mantenimiento. Sin duda, en la génesis de las manifestaciones psicopatológicas se reúnen factores biológicos, psicológicos y sociales.

- No hay una definición unanimemente compartida del concepto *anormalidad psicológica*.
- Se han propuesto diferentes criterios para delimitar la conducta anormal o desviada; todos ellos son necesarios y, al mismo tiempo, insuficientes para definirla.

- Los criterios estadísticos enfatizan que las conductas psicopatológicas difieren de las normales desde el punto de vista cuantitativo, pero no desde el cualitativo.
- Los criterios clínicos buscan el consenso para delimintar los diferentes cuadros psicopatológicos según las manifestaciones clínicas.
- Los criterios sociales recuerdan la importancia de contextualizar la conducta para determinar su carácter psicopatológico.
- La información aportada por la persona sobre ella misma, tanto si hay consciencia o no de Psicopatología, es una fuente valiosa e imprescindible de información para el psicopatólogo, según se deriva de los criterios subjetivos.
- Los criterios biológicos centran su atención en las alteraciones en las estructuras y/o procesos biológicos de la conducta anormal.

4. Modelos teóricos en Psicopatología

El hecho de que la Psicopatología albergue diferentes modelos teóricos que interpretan e intervienen de un modo diferente sobre la misma realidad es un hecho incuestionable. La riqueza y complejidad de las variables implicadas en la conducta humana sería el motivo principal de la citada diversidad.

Un modelo representa una orientación para explicar, en este caso, la conducta anormal, guiar la investigación, interpretar sus resultados, marcar variables sobre las cuales hay que intervenir, etc.

Cada modelo ha aportado conocimientos valiosos sobre la conducta anormal, pero la crítica general que podemos hacer a todos ellos, en mayor o menor medida, es su unidimensionalidad en cuanto a la etiología de los trastornos mentales. De momento, todos los intentos de integración de los diferentes modelos en uno único han fracasado.

4.1. Modelo biológico

Este modelo parte de una concepción médica de la Psicopatología: en la base de las alteraciones psicopatológicas se encuentran anormalidades biológicas (de tipo genético, bioquímico, neurológico, etc.).

Los trastornos mentales serían enfermedades sistémicas, es decir, enfermedades causadas por el mal funcionamiento de un órgano. En concreto, la enfermedad mental surge de la alteración del cerebro tanto si es una una alteración estructural como si es funcional.

Desde este enfoque se otorga una gran importancia al estudio de la predisposición genética a partir de determinados trastornos, aunque a menudo adopta una perspectiva interaccionista que tiene en cuenta tanto la predisposición genética como la incidencia de agentes patógenos externos.

Tradicionalmente, los modelos biológicos han diferenciado entre trastornos mentales orgánicos y trastornos mentales funcionales. Los primeros presentan unas causas físicas muy claras (como la corea de Huntington o la enfermedad de Alzheimer), mientras que para los trastornos funcionales todavía no se han encontrado indicios tan claros de alteraciones orgánicas cerebrales.

Las principales aportaciones del modelo son:

1) Un incremento de la comprensión de la dimensión biológica de la conducta.

2) Un énfasis en el método científico-natural como forma de estudio en Psicopatología.

3) Un esfuerzo para clasificar los diferentes trastornos mentales que ha permitido dotar a la comunidad científica de un lenguaje diagnóstico común y operativo.

4) El descubrimiento de psicofármacos, hecho que ha representado una auténtica revolución terapéutica.

Como críticas destacan:

1) Se discute el concepto de enfermedad mental y los criterios de anormalidad en que se basa.

2) También se cuestiona el poder explicativo de sus teorías que a menudo son incompletas y poco concluyentes, aparte de los problemas de validez ecológica para extrapolar al comportamiento humano los resultados de estudios bioquímicos y neurológicos con animales.

3) Se discute la relevancia de las terapias biológicas que sólo actúan en un ámbito estrictamente sintomático y que pueden provocar molestias de manera secundaria.

4.2. Modelo psicodinámico

A este modelo le corresponde históricamente haber sido el primero en reconocer la importancia de los factores psíquicos en la conducta, tanto normal como anormal, y en plantear una continuidad entre la normalidad y la patología.

Según este modelo, hay fuerzas internas e inconscientes que determinan la conducta; concretamente, conflictos psicológicos internos originan y mantienen el trastorno psicopatológico.

La consciencia sólo es el dato inmediato y primero del estudio de la mente y de la patología, y está fuertemente mediatizada por problemas y conflictos más significativos y complejos. Las personas no son conscientes ni de sus motivaciones, ni de sus conflictos y frustraciones más relevantes.

Las principales aportaciones del modelo psicodinámico son:

1) El reconocimiento de las emociones en la vida psíquica, en general, y en la génesis de los trastornos psicopatológicos, en particular.

2) La visión dimensional de los conceptos de normalidad y anormalidad.

3) La introducción de la biografía de la persona como variable importante.

4) Sus aportaciones a la historia intelectual de la civilización occidental.

Por lo que respecta a las críticas, se ha cuestionado su carácter científico porque es difícil la contrastación de los postulados y porque su metodología se basa principalmente en el estudio de casos.

4.3. Modelo humanista

El modelo humanista plantea que cada persona tiene de forma innata un potencial de crecimiento y actualización que constituye el motor de su conducta. Cuando estas capacidades hacia la autorrealización y la autenticidad se ven bloqueadas o distorsionadas –tanto si es por el excesivo uso de los mecanismos de defensa, como por un estrés, etc.–, entonces se produce la patología.

Desde esta perspectiva se rechazan las clasificaciones e, implícitamente, no se considera que el método científico sea el método natural de acercamiento a la conducta anormal.

Este modelo ha alcanzado su máxima expresión en el campo de la terapéutica, que se preocupa más de plantear alternativas al sufrimiento y a la existencia humana que de estudiar sistemáticamente la conducta.

Las aportaciones más importantes a la Psicopatología son:

1) La introducción de una postura optimista y esperanzadora ante el potencial de la persona para solucionar problemas.

2) El énfasis en los factores psicosociales.

3) La importancia de la terapia como la finalidad esencial de toda intervención en Psicopatología, situando la ayuda al individuo como la meta última.

La debilidad teórica de estos modelos ha sido la crítica principal que han recibido.

4.4. Modelo conductual

El principio básico del enfoque conductual es que la conducta desequilibrada ha sido aprendida; en concreto, consistiría en hábitos desadaptativos condicionados (clásica o instrumentalmente) a ciertos estímulos. Por tanto, el interés fundamental se centra en la conducta observable y medible, y no en procesos inconscientes o biológicos.

Del mismo modo que el modelo psicodinámico, considera que existe continuidad entre la conducta normal y la anormal, dado que ambas se aprenden según las mismas leyes de aprendizaje y se configuran por nuestra experiencia anterior.

Las principales aportaciones a la Psicopatología del modelo son las siguientes:

1) La actitud de autocrítica en la medida en que el modelo exige constantemente la evaluación de sus postulados.

2) La gran cantidad de técnicas de intervención que se ha generado desde este modelo.

3) La relevancia dada a los factores ambientales.

4) La posibilidad de establecer un puente entre la Psicopatología y la Psicología experimental.

No obstante, también han sido muchas las críticas recibidas:

1) En primer lugar, el reduccionismo, especialmente de aquellos planteamientos derivados exclusivamente del condicionamiento clásico u operante, aunque la mayor parte de los autores actuales incluyen variables intermedias. Aun así, se dejan fuera del campo de estudio aspectos tan relevantes como el pensamiento o la experiencia subjetiva.

2) La falta de una teoría globalizadora que considere tanto conductas manifiestas como encubiertas, conductas normales y anormales.

3) Cierta disociación entre la práctica de la modificación de conducta y los principios fundamentales teóricos, ya que, en la práctica, se alude a causas subyacientes como pueda ser la ansiedad.

4.5. Modelo cognitivo

Se considera que los determinantes principales del comportamiento –normal o anormal– son procesos cognitivos. La conducta desadaptada se puede estudiar y entender en términos de cómo percibimos y pensamos las personas con respecto al mundo, a otras personas y a nosotros mismos.

El procesamiento de la información toma un lugar relevante en el proceso psicopatológico. Los desequilibrios en los procesos psicológicos son la causa, y no el efecto, de la Psicopatología. Cada individuo desarrolla un estilo cognitivo idiosincrático que determina la manera de percibirse a uno mismo y el mundo físico y social que lo rodea. Cuando estas percepciones son distorsionadas e irreales, probablemente la conducta será desadaptada.

Las aportaciones de estos modelos en Psicopatología se concretan en:

1) La ruptura de concepciones del sujeto como ser pasivo que sufre enfermedades, que está sometido a estímulos y demandas ambientales, o que se encuentra bajo la acción de procesos y conflictos subyacentes que no domina. Desde este modelo, la persona selecciona, elabora, procesa y recupera información de su mundo interno y externo.

2) La aportación de nuevas técnicas de intervención.

En cuanto a las críticas:

1) Hay que estructurar mejor los fundamentos teóricos, puesto que no quedan claras las relaciones entre factores cognitivos y conductas, ni por qué el procesamiento puede convertirse en anómalo.

2) No hay un planteamiento teórico unitario, sino más bien fragmentación del modelo en diferentes perspectivas teóricas sobre determinados trastornos (básicamente depresión, ansiedad y esquizofrenia).

- La diversidad de modelos existentes en Psicopatología viene motivada por la complejidad de su objeto de estudio.
- Cada modelo ha adoptado un punto de vista unilateral y, por tanto, epistemológicamente limitado.
- El estudio de la conducta anormal requiere un enfoque mulitifactorial y multidisciplinario, ya que todos los trastornos psicopatológicos se desarrollan a partir de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales.
- Hasta ahora no ha sido posible la formulación de un modelo integrador.

5. Sistemas de clasificación de los trastornos mentales

5.1. ¿Por qué hay que clasificar en Psicopatología?

Ordenar y clasificar en categorías diferenciadas los datos y los conocimientos son actividades que podríamos considerar inevitables e intrínsecas al ser humano. Es más, las disciplinas científicas consideran que un paso previo a la explicación y la predicción es la descripción y clasificación de los fenómenos que estudian.

Sin embargo, ¿son clasificables los trastornos mentales? Estas clasificaciones, ¿ayudan al profesional, por ejemplo, en la elección de tratamiento? ¿Resulta útil o beneficioso para el paciente?

Durante siglos, se han dedicado muchos esfuerzos a encontrar una clasificación adecuada de los cuadros clínicos, tarea considerada imprescindible para el

avance de nuestro campo. Sin embargo, hacia finales de la década de los años sesenta se inicia un debate sobre la necesidad y utilidad de clasificar los trastornos mentales. Para ilustrar esta idea, leed el experimento siguiente, que ya se ha convertido en un clásico:

Rosenthal (1973) entrenó a estudiantes para que simulasen ser enfermos mentales y fuesen diagnosticados e ingresados como tales en instituciones psiquiátricas. Una vez ingresados, los falsos enfermos volvían a su comportamiento normal y, sin embargo, los profesionales de las instituciones seguían tratándolos como si presentasen conductas anómalas. El autor concluyó que la asignación de una etiqueta psiquiátrica predispone a ser tratado de acuerdo con dicha etiqueta independientemente de la conducta objetiva que presente la persona.

Los detractores de las clasificaciones en Psicopatología aportaron entonces argumentos variados en contra:

1) inutilidad de las clasificaciones porque no aportan datos relevantes a los problemas concretos de cada paciente y la manera de solucionarlos;

2) efectos indeseables del diagnóstico provocados por los estereotipos sociales peyorativos existentes sobre la enfermedad mental (experimento Rosenthal);

3) la Psicopatología trata de unas condiciones que difícilmente pueden ser reducidas a una etiqueta diagnóstica porque afectan a toda la vida humana;

4) desde un punto de vista más radical, el denominado *movimiento antipsiquiátrico* consideró las clasificaciones como un sistema de control político encargado de detectar y reclutar a aquel sector de la población que presentase conductas diferentes a la de su grupo de referencia.

Actualmente, esta polémica ha sido superada y ahora se centra en la crítica a las bases conceptuales de los sistemas de clasificación, aunque esto lo veremos un poco más adelante. Primero tenemos que hablar de por qué son pertinentes las clasificaciones en Psicopatología.

5.1.1. Utilidad de las clasificaciones

1) Las clasificaciones constituyen un lenguaje común que posibilita la comunicación entre profesionales. Un diagnóstico realizado en forma de categoría lleva implícito una cantidad importante de información respecto a la sintoma-

tología, forma de inicio, pronóstico y, a veces, también sobre la etiología del trastorno. Toda esta información es transmitida por una palabra o construcción mental gracias a un código compartido entre emisor y receptor.

2) Las categorías nosológicas poseen capacidad pronóstica. El pronóstico guarda relación con la evolución del trastorno. Debido a la falta de conocimientos profundos sobre la etiología de los trastornos, resulta de gran utilidad conocer la evolución de los trastornos agrupados previamente en categorías para poder anticiparnos o atenuar las posibles consecuencias negativas que se han detectado en la observación clínica.

3) Las clasificaciones son una herramienta útil para la investigación, dado que sin un sistema taxonómico adecuado, sería imposible realizar buenos estudios epidemiológicos, evaluar resultados de intervenciones o replicar los estudios de otros investigadores.

5.1.2. Clasificaciones más utilizadas actualmente

Hasta finales de los años setenta, el panorama clínico y de investigación estaba dominado por una profusión de clasificaciones, cada una de ellas con un área de influencia y, con frecuencia, incompatibles entre sí (hecho que constituyó el origen, en parte, de las críticas de los detractores de las clasificaciones). La Organización Mundial de la Salud (OMS) disponía de su propia clasificación nacida con vocación internacional, pero con una tímida presencia en la panorama mundial.

A principios de los años ochenta cambiará este panorama. La Asociación Americana de Psiquiatría publica la tercera edición de su manual diagnóstico, que tendrá un gran impacto en el campo del diagnóstico. El manual incorporaba una serie de innovaciones –que más adelante también incorporará la clasificación de la OMS– de gran aceptación y que provocó la difusión internacional de los dos sistemas de clasificación.

Así pues, actualmente las clasificaciones más utilizadas en el diagnóstico del adulto son el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* de la Asociación Americana de Psiquiatría, conocido por las siglas DSM, y el capítulo de los trastornos mentales y del comportamiento de la Clasificación Internacional

de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, conocido como CIE. El más utilizado de los dos, en cualquier caso, es el DSM.

Deseamos subrayar que el DSM y la CIE son los más utilizados en el diagnóstico de adultos porque pese a tener una sección referida a trastornos del desarrollo y de inicio en la infancia o en la adolescencia, esta sección aún depende mucho de la nosografía pensada para el adulto. Por otro lado, el espacio dedicado a este tramo evolutivo es proporcionalmente muy reducido. Es cierto que dentro de la sección dedicada a la Psicopatología infantil, se trata el diagnóstico de trastornos que típicamente se inician en la infancia, como son el autismo o el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Pero, en cambio, para trastornos susceptibles de presentarse en cualquier momento del ciclo vital, sus criterios diagnósticos se han elaborado desde la perspectiva adulta. Tal es el caso, por ejemplo, de la depresión. El estado anímico de la persona adulta con una depresión se caracteriza por llanto y sentimientos de tristeza y vacío, mientras que el estado anímico de una depresión infantil es esencialmente la irritabilidad. En nuestro medio, es bastante utilizada la *Classification française des troubles mentaux de l'infant et de l'adolescent*.

Veamos las características principales de estos dos sistemas de clasificación.

El DSM y la CIE son clasificaciones categoriales con un enfoque descriptivo de los síndromes clínicos.

1) Clasificaciones categoriales

Tanto el DSM com la CIE clasifican los trastornos psicopatológicos según un enfoque categorial, es decir, cada trastorno se identifica con una categoría diagnóstica que está limitada por unos rasgos definitorios y por un conjunto de síntomas y descripciones clínicas.

Representa que cada categoría es una entidad separada con límites muy claros que la diferencian de otras categorías, pero lo cierto es que, en la realidad, los diversos trastornos no se presentan de una forma tan clara como proponen las clasificaciones categoriales.

2) Enfoque descriptivo

El enfoque descriptivo, también llamado ateórico, clasifica los trastornos y los agrupa en secciones en función de las características clínicas observables y

no según causas psicodinámicas imaginadas, sociales o biológicas, es decir, según hipótesis etiológicas (por eso este rasgo también se llama ateórico). Por ejemplo:

La CIE agrupa con el nombre de "Trastornos del humor" y el DSM con el nombre "Trastornos del estado de ánimo" diferentes categorías diagnósticas que describen trastornos que tienen en común una alteración del humor o de la afectividad, independientemente de que presenten una etiología común.

Por tanto, las categorías diagnósticas referidas a los distintos trastornos se definen de acuerdo con signos y síntomas identificables. Estas manifestaciones observables y características de cada trastorno se conocen como *criterios operacionales de diagnóstico* (DSM) o *pautas para el diagnóstico* (CIE).

De todos modos, a pesar de la pretensión tanto del DSM como de la CIE de ser ateóricos, en el trasfondo del discurso de ambos manuales subyace un modelo médico fuertemente cargado de biologismo. No debemos olvidar que la clasificación de la OMS es una clasificación de enfermedades que incluye un apartado sobre los trastornos mentales y del comportamiento, y que la autoría del DSM es una asociación de psiquiatras.

- A pesar de las críticas que se pueda hacer a los sistemas de clasificación, se acepta que disponer de ellos es ventajoso a efectos de comunicación, pronóstico e investigación.
- Las clasificaciones actualmente más utilizadas son la CIE y, sobre todo, el DSM.
- Estos dos sistemas de clasificación adoptan un enfoque categorial y ateórico.

5.2. La Clasificación Internacional de las Enfermedades

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publica periódicamente la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), que recoge una clasificación de todas las enfermedades registradas en sus países integrantes. Se trata, por tanto, de un instrumento eminentemente epidemiológico.

Los antecedentes históricos de la CIE se remontan a 1893, fecha en que J. Bertillot, director del servicio de estadística de París, presentó en un congreso celebrado en Chicago su *Nomenclatura*, en la que unificaba las clasificaciones inglesa,

alemana y suiza de enfermedades que causaban defunción o invalidez. De esta obra se hicieron revisiones en 1900, 1910 y 1920, las cuales aún estaban coordinadas por el mismo autor; de las ediciones siguientes, se hizo cargo la OMS.

Actualmente, la CIE va por la décima edición (la referencia habitual es, pues, CIE-10).

A partir de la sexta edición de la obra se incluyó un capítulo dedicado a los trastornos mentales, el capítulo V. Nosotros nos centraremos en dicho capítulo, cuyo título es "Trastornos mentales y del comportamiento".

La Clasificación ha optado por utilizar el término *trastorno* para evitar lo más controvertido de *enfermedad*, que remite a un modelo médico y biológico de la Psicopatología. El concepto *trastorno* queda delimitado de la manera siguiente:

> "[...] Aunque *trastorno* no es un término preciso, se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo".
>
> CIE-10 (1992). "Trastornos mentales y del comportamiento" (cap. V, pp. 25-26).

5.2.1. ¿Cómo se organiza la CIE-10?

Si tenéis ocasión de hojear la CIE-10, primero encontraréis una lista con las categorías diagnósticas principales seguida de las descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico para cada una de las categorías.

1) Categorías diagnósticas principales

Las categorías diagnósticas se refieren a los diversos trastornos psicopatológicos que se pueden presentar. Estas categorías diagnósticas aparecen agrupadas en diferentes secciones según el parecido de sus síntomas.

Cada categoría diagnóstica está identificada con la letra F y un número de dos dígitos. Las agrupaciones de trastornos o secciones que propone la CIE-10 son las siguientes:

F00-09 Trastornos mentales orgánicos

F10-19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas

F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes

F30-39 Trastornos del humor

F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos

F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos

F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto

F70-79 Retraso mental

F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico

F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de inicio habitual en la infancia y en la adolescencia

Cada una de estas secciones agrupa un número variable de categorías diagnósticas –como ejemplo, tenéis desarrolladas las distintas categorías incluidas en la sección F40-49.[5]

2) Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico

Cada trastorno va acompañado por una descripción de sus características clínicas principales y también de aquellas otras que son secundarias, menos específicas, pero igualmente relevantes. Las pautas para el diagnóstico indican el número y los síntomas específicos requeridos para el diagnóstico del trastorno.[6]

Las descripciones y pautas de los trastornos no están fundamentadas en presupuestos teóricos, sino que han surgido del consenso de un gran número de asesores clínicos e investigadores de todo el mundo consultados por la OMS.[7]

- La Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud actualmente va por la décima versión.
- El capítulo V está dedicado a la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento.

5. Puede consultar el desarrollo de la lista F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfas en la siguiente dirección: http://www.psicoactiva.com/cie10/cie10_24.htm.
6. Podéis consultar las pautas diagnósticas de Trastorno de ansiedad generalizada en: http://www.psicoactiva.com/cie10/cie10_25.htm.
7. La OMS dispone de la página web www.who.int, en la que podéis encontrar información de las diferentes ediciones de la CIE y de otras publicaciones del organismo. Véase también: OMS (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor; E. Requena y A. Jarne (2000). "Sistemas de clasificación y diagnóstico en Psicopatología". En: A. Jarne y A. Talarn (ed.). *Manual de Psicopatología Clínica*. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer y Paidós.

- La clasificación proporciona descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico de cada trastorno mental consensuadas por consultores de todo el mundo.

5.3. El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, más conocido por sus siglas en inglés DSM, es la clasificación oficial de los trastornos mentales propuesta por la American Psychiatric Asociation (APA).

Hoy día es el sistema de clasificación más utilizado tanto con fines de práctica clínica como de investigación y docencia.

El manual ha visto cuatro ediciones originales (DSM-I, DSM-II, DSM-III y DSM-IV) y dos revisadas (DSM-III-R y DSM-IV-TR). El DSM IV se publicó en 1994; su traducción al castellano, un año más tarde. Recientemente ha aparecido una edición revisada (DSM-IV-TR) que, por el momento, sólo está disponible en inglés.

5.3.1. Repercusiones de la publicación del DSM-III

Desde un punto de vista histórico, la aparición del DSM-III (1980) representó toda una "revolución". Hasta el momento de su publicación, los manuales de diagnóstico existentes (incluidos los de la APA y OMS) eran unos manuales con pautas imprecisas para el diagnóstico de los diferentes trastornos, y a menudo la clasificación de los trastornos se basaba en criterios etiológicos. Este hecho implicaba una serie de problemas:

- Las pautas imprecisas para el diagnóstico impedían que la fiabilidad interobservadores de los diagnósticos fuese alta.
- Los manuales se basaban en criterios etiológicos para clasificar los trastornos cuya etiología, en la mayor parte de los casos, todavía en la actualidad presenta grandes interrogantes.

En resumen, las diferentes clasificaciones dejaban un amplio margen a la subjectividad del profesional o investigador a la hora de identificar un síndrome con una categoría diagnóstica, y además se basaba en dudosos criterios etiológicos

para clasificar los trastornos. A modo de anécdota, podemos explicar que en Estados Unidos los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia eran mucho más laxos que los utilizados en Inglaterra, más restrictivos y concretos, de manera que dicho trastorno era más diagnosticado al otro lado del Atlántico. Por ello, se decía que para curarse de la esquizofrenia ¡sólo había que irse a Inglaterra!

Pues bien, el DSM-III, con el triple objetivo de convertirse en una herramienta útil para la práctica clínica, la investigación y la docencia, incorporó una serie de cambios innovadores. Estos cambios contribuyeron al gran eco internacional del manual y a un acercamiento futuro entre la citada clasificación y la de la OMS.

Son muchas las innovaciones metodológicas que representó la aportación del DSM-III, pero destacan, sin duda, el uso de criterios diagnósticos operacionales, el sistema multiaxial y el enfoque descriptivo del manual.

1) Criterios diagnósticos operacionales

Por primera vez en una clasificación en Psicopatología de estas características se incluyen criterios operacionales tanto de inclusión como de exclusión para la definición de todas las categorías diagnósticas.

Los antecedentes directos de los criterios operacionales expresados en el DSM-III son los Research Diagnostic Criteria (RDC, criterios diagnósticos de investigación) de Spitzer, Endicott y Robins (1975) de la Universidad Washington de St. Louis. Los RDC proponían unos criterios descriptivos para una serie de trastornos que evitaban entrar en cuestiones de etiopatogenia y que, esencialmente, delimitaban una sintomatología fundamental, una sintomatología asociada y unos criterios de exclusión para cada una de las entidades diagnósticas recogidas. Se incluían criterios diagnósticos para los trastornos psicóticos, del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, alcoholismo, personalidad antisocial y drogadicción. Los criterios para la categorización de individuos con trastornos mentales se situaron deliberadamente en un plan descriptivo y exento de teorizaciones, a fin de extender su utilización por parte de clínicos de origen, experiencia u orientación teórica diferentes. De hecho, uno de los motivos que promovieron el desarrollo de los RDC fue la necesidad de mejorar la comunicación entre clínicos e investigadores respecto al proceso diagnóstico. Pero originariamente los criterios diagnósticos se desarrollaron con fines de investigación: su objetivo consistía en dotar a los investigadores de un conjunto consistente de criterios diagnósticos

para describir o seleccionar muestras de pacientes psiquiátricos. El trabajo de la elaboración de los RDC se inició dentro de un proyecto multicéntrico sobre la psicobiología de los trastornos depresivos.

Los criterios diagnósticos operacionales para los diversos trastornos descritos surgieron del consenso de un grupo de expertos, consenso basado en la experiencia clínica y en el análisis racional de los hallazgos de la investigación empírica.

Además, los criterios diagnósticos se organizan en un sistema politético: no es necesario que un individuo cumpla todos los criterios expresados para un trastorno concreto, es suficiente con que presente un determinado número de ellos.

2) Sistema multiaxial

Sin lugar a dudas, es la aportación más original del DSM-III. El sistema multiaxial permite evaluar al individuo hasta en cinco ejes. Cada eje aporta información sobre áreas diferentes de información que pueden ayudar al clínico en la aclaración del diagnóstico, en el tratamiento y en el pronóstico. Los ejes I, II y III engloban los síndromes clínicos, los trastornos del desarrollo y los problemas físicos, respectivamente; el eje IV, la influencia de estresores psicosociales; y el eje V, el nivel de adaptación funcional del sujeto a su entorno. El sistema multiaxial permite captar mejor la complejidad humana.

3) Enfoque descriptivo

El DSM-III no basa su clasificación en factores etiológicos, sino que opta por un enfoque descriptivo o ateórico; por otra parte, el manual presenta una fuerte concepción organicista.

5.3.2. El DSM-IV-TR

En 1994 aparece la cuarta edición del DSM que continúa con las características que hemos mencionado antes para el DSM-III. En el 2002 se publica en español la revisión del texto: DSM-IV-TR.

La definición de trastorno mental del DSM IV sigue siendo la misma que la propuesta en el DSM-III y en el DSM-III-R:

> "[...] Cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej. dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad".

DSM-IV (1995) (p. XXI de la edición española).

En la misma introducción del manual se critica el uso del término *trastorno mental*, término que presenta gran cantidad de limitaciones –como superar el dualismo cuerpo/mente–, aunque se justifica su uso porque no se ha encontrado otro mejor que lo sustituya. Además, también se dan grandes dificultades para encontrar una definición operacional que especifique claramente los límites del concepto trastorno mental.

1) Ejes de evaluación incluidos en el DSM-IV

La evaluación multiaxial permite, como hemos dicho antes, alcanzar un mejor acercamiento a la realidad que vive el individuo. Los cinco ejes que incluye el DSM-IV son éstos:

a) Eje I. Trastornos clínicos y otros problemas que puedan ser objeto de atención clínica.

Las agrupaciones diagnósticas referidas al eje I son las siguientes:

- Delirio, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos.
- Trastornos mentales a causa de una enfermedad médica, no clasificados en otros apartados.
- Trastornos relacionados con sustancias.
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Trastornos del estado de ánimo.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos somatomorfos.
- Trastornos facticios.
- Trastornos disociativos.

- Trastornos sexuales y de la identidad sexual.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados.
- Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

Aquí se incluyen todos los trastornos que contiene el manual, excepto los trastornos de la personalidad y el retraso mental.

b) Eje II. Trastornos de personalidad y retraso mental.

Las agrupaciones diagnósticas en el eje II son las siguientes:

- Trastornos de inicio en la infancia o adolescencia.
- Trastornos de personalidad.

Como su propio nombre indica, en este eje quedan recogidos los diferentes trastornos de personalidad y el retraso mental.

c) Eje III. Enfermedades médicas.

Aquí se registran aquellas enfermedades que afecten a la persona y presenten alguna relación con los trastornos diagnósticados en los ejes I o II.

d) Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales.

El clínico podrá recoger aquellas circunstancias de tipo ambiental que tengan relevancia para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los trastornos diagnosticados.

e) Eje V. Evaluación de la actividad global.

El DSM-IV proporciona una escala para evaluar el nivel de actividad global del sujeto (capacidad para adaptarse a las exigencias del medio).

No necesariamente un individuo ha de tener un diagnóstico en cada uno de los ejes que acabamos de ver. Así, por ejemplo, puede tener algún tipo de trastorno de ansiedad (eje I) agravado por problemas laborales (eje IV) que le provoque una considerable dificultad para hacer frente a las exigencias de la vida cotidiana (eje V), pero sin ningún tipo de trastorno de personalidad (eje II) ni ninguna enfermedad médica relevante respecto al diagnóstico principal (eje III).

El encabalgamiento entre las agrupaciones y, dentro de éstas, entre las categorías diagnósticas propuestas por el DSM-IV y la CIE-10 no es perfecto.

2) Tipos de información proporcionada por el DSM-IV

El manual informa para cada trastorno, además de las características o criterios diagnósticos, de otras informaciones que pueden ser de interés para el clínico como los subtipos y/o especificaciones posibles de síntomas y otros trastornos frecuentemente asociados, de síntomas dependientes de la cultura, edad y sexo, de la prevalencia e incidencia, del patrón familiar o del diagnóstico diferencial.[8]

En la tabla siguiente tenéis recogida, a modo de ejemplo, información suministrada por el manual respecto a la categoría diagnóstica de esquizofrenia.

Tabla 1.2. Esquizofrenia (abreviado)

Criterios diagnósticos	Listado de seis criterios
Subtipos	De tipo paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado y residual.
Especificaciones	Episódico con síntomas residuales interepisódicos o sin ellos, continuo, episodio único en remisión parcial o total, menos de un año desde el inicio de los primeros síntomas en fase activa.
Síntomas y trastornos asociados	Características y trastornos mentales asociados a la esquizofrenia (por ejemplo, presencia de humor disfórico o de trastorno esquizotípico de la personalidad). Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas (por ejemplo, presencia de signos neurológicos menores).
Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo	Por ejemplo, inicio del trastorno típicamente entre los últimos años de la segunda década de la vida y la mitad de la cuarta.
Tasas de prevalencia e incidencia	Prevalencia entre el 0,5 y el 1%. Incidencia estimada en 1/10000 al año.
Patrón familiar	Los familiares de primer grado de los sujetos con esquizofrenia tienen un riesgo de padecer esquizofrenia diez veces superior al de la población general.
Diagnóstico diferencial	La esquizofrenia puede tener una presentación similar a un trastorno psicótico a causa de una enfermedad médica, delirio o demencia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno generalizado del desarrollo o un trastorno esquizotípico, esquizoide o paranoide de la personalidad.

8. E. Requena y A. Jarne (2000). Sistemas de clasificación y diagnóstico en Psicopatología. En: A. Jarne y A. Talarn (ed.). *Manual de Psicopatología Clínica*. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer y Paidós; A. Talarn y A. Torres (2001). Algunos comentarios a propósito del DSM-IV-R. *Aula médica psiquiatría,* núm. 5, 279-300.

- El DSM es la clasificación oficial de la APA.
- Es el manual más utilizado actualmente con fines prácticos, de investigación y docencia.
- Incorpora criterios diagnósticos operacionales, un sistema multiaxial de evaluación y enfoque descriptivo.
- Proporciona información adicional que puede ser de gran utilidad para el clínico.

Capítulo II
Psicopatología Clínica

1. La esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

1.1. La esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Introducción

1.1.1. Introducción

1) Concepto de psicosis

El término psicosis se utiliza en Psicopatología para designar una categoría que engloba algunos trastornos y enfermedades que presentan ciertas características generales similares. De este modo, y en un sentido estricto:

La palabra *psicosis* no se refiere ni define una enfermedad o trastornos concretos, sino un síndrome. Recordad que la diferencia entre síndrome y trastorno (enfermedad) radica básicamente en que el primero hace referencia a la presencia de una serie de síntomas juntos, pero que no determinan el diagnóstico de una enfermedad concreta. Así, un mismo síndrome se puede dar en muchas enfermedades diferentes.[1]

En medicina, un síndrome febril está constituido por una serie de síntomas (aumento de la temperatura corporal, temblores, dolores articulares, malestar general, etc.), pero no determina ninguna enfermedad concreta y se puede presentar en multitud de procesos fisiológicos de tipo infeccioso, inflamatorio, etc.

Las características de este síndrome –que a veces en clínica también recibe el nombre de cuadro psicótico– son las siguientes:

a) El paciente pierde el sentido de la realidad. Esto significa que los síntomas psicóticos producen que el sujeto confunda su realidad interna (pensamientos, emociones, imaginaciones, etc.) con la realidad objetiva, sin ser capaz de diferenciar entre ambos. Por ejemplo, un enfermo psicótico con grandes dificultades

1. Véase la introducción del Anexo ("Semiología"), que versa sobre los conceptos de enfermedad, trastorno, síndrome, signo y síntoma.

para relacionarse con sus compañeros de trabajo puede sentir voces dentro de su cabeza que le dicen que esos compañeros lo vigilan y quieren hacerle daño. El enfermo realmente cree que las voces le hablan de verdad y no identifica su pensamiento entre éstas; cree que las voces son de otras personas y no de él mismo.[2]

La consecuencia de esto es que el enfermo psicótico, en las fases agudas de su enfermedad, parece estar recluido en un "mundo propio", con unos parámetros de referencia para la actividad mental que no concuerdan con los genéricos para las personas sin psicosis. En este sentido, los clínicos hablamos de la "inabordabilidad" de la psicosis, con lo cual queremos dejar constancia de la dificultad para comprenderla desde fuera de los mismos parámetros del enfermo que, además, para complicar más la situación, son específicos para cada uno de ellos.

b) En los trastornos psicóticos se observa la denominada falta de consciencia de enfermedad. Esto significa que los pacientes no sólo no tienen una buena percepción y consciencia respecto a la anormalidad de sus pensamientos, conductas e impulsos, sino que, uniendo esto con lo que hemos dicho anteriormente, no son capaces de considerar la falsedad de los contenidos de los síntomas que sufren.

La consecuencia de lo que acabamos de exponer es que muy frecuentemente no sólo no ven la necesidad de iniciar un tratamiento, sino que pueden rechazarlo como un atentado a su mundo psíquico. Si se ve la situación desde su mundo, esto es cierto.

Ejemplo

Un enfermo de treinta y un años de edad es entrevistado en un servicio de urgencias de un hospital, ya que tras pasar varios meses negándose a salir de casa ha amenazado a sus padres con un cuchillo. En ese momento los padres han decidido llamar a la policía, la cual lo ha reducido y lo ha llevado al hospital. El enfermo cuenta que uno de los seres extraños, que según él son mensajeros de otros mundos, le transmiten hace meses mensajes encaminados a solucionar todas las guerras del mundo. Cuando sus padres insistieron en que saliera de la habitación, oyó una voz que decía que sus padres eran enemigos suyos y que querían boicotear su "misión", ya que no le permitían seguir escuchando los mensajes.

2. Véase en el Anexo, dentro del apartado 6 ("Semiología del pensamiento"), el punto f ("Ideas delirantes") del subapartado 2 y, dentro del apartado 5 ("Semiología de la percepción"), el subapartado 4 ("Alucinaciones").

La falta de consciencia de enfermedad es variable: algunos de los pacientes nunca la presentan, ni en los episodios agudos ni en los periodos de remisión de los síntomas; la mayoría la pierde durante los episodios agudos, pero la recupera en alguna medida durante los periodos de remisión, hecho que les provoca cierto sentimiento de inadecuación e incomodidad respecto a su conducta durante el episodio agudo.

c) Finalmente, la característica más vistosa socialmente es la presencia de graves alteraciones en todas las funciones mentales y, especialmente, en la conducta del enfermo.

En efecto, los graves desajustes en el comportamiento de estos pacientes durante los episodios activos de la enfermedad suelen ser conflictivos con el ambiente (chillar en público, hablar solos, agresividad inesperada, distracción de su vestimenta, etc.) y le confieren el característico aspecto de comportamiento marcadamente extraño, alterado, difícilmente tolerado por el ambiente.

Desde esta perspectiva, los cuadros psicótocos constituyen la expresión genérica de la locura, y son los que constituyen la mayoría de los trastornos que se atienden predominantemente en la denominada Psiquiatría y Psicología Clínica mayor u hospitalaria.

2) Criterios operativos del diagnóstico de psicosis

No existen unos criterios operativos claros para el diagnóstico de psicosis. Se da la tendencia a identificarla con la presencia alterna o no de tres tipos de síntomas:[3]

a) Delirios y/o ideas delirantes.
b) Alucinaciones.
c) Trastornos formales del pensamiento.

3. Véase en el Anexo, dentro del apartado 6 ("Semiología del pensamiento"), el punto f ("Ideas delirantes") del subapartado 2 y, dentro del apartado 5 ("Semiología de la percepción"), el subapartado 4 ("Alucinaciones").

Como hemos comentado, este concepto y estos criterios de psicosis no tienen en cuenta el factor etiológico del cuadro clínico, motivo por el cual los psicopatólogos establecen una primera gran división de dichos cuadros:

- Con origen en una enfermedad cerebral con causa claramente establecida. Fundamentalmente, se corresponde con sintomatología de tipo psicótico en enfermedades médicas, síntomas de tipo psicótico relacionado con el uso de sustancias (llamadas aquí de *tipo 1*).
- Sin vinculación a un factor cerebral claramente establecido. Se corresponde con psicosis funcionales y se estudian dentro de la Psicopatología (denominadas aquí de *tipo 2*).

La tabla 2.1 especifica todos los trastornos con sintomatología psicótica según el DSM-IV.

Tabla 2.1.

Demencias (demencia tipo Alzheimer)	Tipo 1
Trastornos relacionados con el uso de sustancias. Trastorno psicótico por el uso de alcohol, anfetaminas, cannabis, cocaína, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, fenciclicina y sedantes e hipnóticos	Tipo 1
Esquizofrenia	Tipo 2
Trastorno delirante	Tipo 2
Trastorno psicótico breve	Tipo 2
Trastorno psicótico compartido	Tipo 2
Trastorno psicótico a causa de una situación médica. Con delirios y/o alucinaciones	Tipo 1
Trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar (incluye episodio maníaco)	Tipo 2

En este apartado, estudiaremos los trastornos psicóticos propiamente psicopatológicos; es decir:

- Esquizofrenia.
- Trastorno delirante.
- Trastorno psicótico breve.
- Trastorno psicótico compartido.

1.1.2. Epidemiología y factores asociados a la esquizofrenia y los otros trastornos psicóticos

1) Epidemiología

La esquizofrenia es, con amplia ventaja, el más frecuente de todos los trastornos psicóticos. Aproximadamente, tres de cada cuatro cuadros psicóticos reciben este diagnóstico y constituyen la mayoría de los ingresos en el hospital con diagnóstico de cuadro psicótico. Los trastornos delirantes son los segundos más frecuentes y, finalmente, los trastornos psicóticos breves y compartidos son muy poco frecuentes, especialmente este último, que es una auténtica "rareza" epidemiológica.

a) Epidemiología de la esquizofrenia

Existe un acuerdo en considerar que el *riesgo* de tener esquizofrenia durante la vida adulta es del 1% para la población general; la prevalencia se establece entre el 0,30 y el 0,70. Generalmente, en el mundo occidental la mayoría de los casos de esquizofrenia no pasan desapercibidos y son diagnosticados, de manera que la *tasa de incidencia* y *de prevalencia* en esta enfermedad es muy similar, mientras que hay menos datos de la epidemiología de esta enfermedad en otros países –no obstante, se piensa que es sustancialmente similar al contexto occidental.

b) Epidemiología de los trastornos delirantes

La *tasa de incidencia* y *prevalencia* de los trastornos delirantes desciende sensiblemente en relación con la esquizofrenia: de 1 a 3 por cada 100.000 habitantes y el 0,03, respectivamente; el *riesgo* de sufrirla es del 0,05%. Así pues, es un trastorno poco habitual. No obstante, se sospecha que una manera atenuada del trastorno, los estados paranoides, son mucho más frecuentes, aunque pasa desapercibida, ya que los sujetos pueden conseguir cierto equilibrio vital que les permite continuar funcionando en su vida cotidiana sin trastornos graves de conducta, o al menos no suficientemente graves como para provocar la intervención de su ambiente. No contamos con datos precisos sobre la epidemiología de estos estados paranoides.

Ejemplo

Un administrativo de cuarenta años cree que sus compañeros no le pueden ver y que conspiran activamente contra él. Su preocupación surgió un día, tomando café con ellos en un pasillo de la empresa, porque en un momento dado creyó que un compa-

ñero estaba cuchicheando a su espalda. Desde entonces, empezó a ver a su "enemigo" riendo con los demás, y a menudo se preguntaba si él era el centro de las burlas. Pensó en enfrentarse a la situación, pero desistió porque creyó que todo podía ser obra de su imaginación, y que el hecho de preguntar algo podía aportarle problemas mayores.

El paciente ya era solitario de niño, y creía que los otros formaban grupos para dañarle. Su rendimiento escolar era bajo, pero echaba la culpa a los profesores. Desde que dejó el colegio es un buen trabajador, pero nunca está contento. Cree que ha sido discriminado, pero no aporta pruebas. No acepta las bromas de los demás y funciona mejor cuando puede trabajar y comer solo.

Es distante y exigente con su familia, a la que inspira más temor que afecto. Prefiere no recibir visitas y se pone muy nervioso cuando su mujer sale sola de casa.

2) Factores asociados

a) Factores asociados a la esquizofrenia

Hay algunos factores asociados a la presencia de esquizofrenia. Los más relevantes son la edad, el género, el estatus familiar, el nivel socioeconómico y la fecha de nacimiento.

- *Edad*. La mayor parte de los enfermos inician su enfermedad al final de la adolescencia y durante la juventud. Aunque hoy día se acepta que se puede presentar un primer episodio de esquizofrenia en cualquier edad, el 90% de los enfermos la inician entre los 16 y los 40 años, y la máxima frecuencia aparece entre los 18 y los 25 años. Cuando un trastorno esquizofrénico se presenta pasados los 45 años, recibe el nombre de *esquizofrenia tardía*, y es muy poco frecuente. Este inicio característico de la enfermedad durante la adolescencia se ha relacionado con una alteración en el desarrollo del SNC (sistema nervioso central), en el marco de un modelo explicativo de la enfermedad que se denomina teoría del neurodesarrollo, que estudiaremos en el capítulo III.
- *Género*. Hay un mayor número de enfermos esquizofrénicos hombres en relación con las mujeres, hasta una proporción de 2-3/1. Además, los hombres inician la enfermedad de manera más temparana, entre los 16 y los 25 años, frente a las mujeres, que suelen hacerlo entre los 25 y 35 años, y presentan más intensidad en los síntomas y peor pronóstico. Este hecho se ha relacionado con un presunto efecto protector de los estrógenos ante ciertas enfermedades mentales.

- *Nivel socioeconómico*. Desde las investigaciones de Dunham y Faris en 1939, se tiene la constancia de que hay cierta concentración de enfermos esquizofrénicos en las clases sociales bajas con estatus socioeconómico deprimido. Parece que la explicación radica en la tendencia de los enfermos mentales a concentrarse en estatus socioeconómicos bajos, debido a las dificultades de adaptación a las exigencias de la vida diaria inherentes a la enfermedad.
- *La fecha de nacimiento*. En cerca del 40% de los enfermos esquizofrénicos la fecha de nacimiento coincide con el final del invierno y el inicio de la primavera, lo cual significa que la gestación ha tenido lugar mayoritariamente durante el invierno. Aunque no sabemos demasiado bien el por qué de este fenómeno, se relaciona con el descenso de la protección de la madre ante enfermedades de origen vírico, más activas en el invierno, y que actuarían de forma intrauterina favoreciendo dificultades en la maduración del neuroeje del embrión y el feto.

b) Factores asociados al trastorno delirante/paranoia

Se han relacionado algunos factores con una mayor probabilidad de presentar trastornos delirantes y/o paranoia.

- Edad. Al parecer, la vejez aumenta la posibilidad de respuesta paranoide a las dificultades crecientes que se presentan con la edad (enfermedades, alejamiento de los hijos, pérdida económica, etc.), especialmente en ancianos con una personalidad de base ya paranoide.
- Se observan tasas más elevadas de trastornos delirantes y respuesta paranoide en hombres que en mujeres.
- Proporcionalmente, y teniendo en cuenta el estado civil, se diagnostica más en separados, divorciados o personas solitarias. Se acepta que tanto el aislamiento físico como emocional favorece este tipo de trastornos (prisiones, campos de internamiento, soledad, etc.).
- En la población urbana es más frecuente que en la rural, de manera que la paranoia se ha definido desde la Psicopatología Social como un producto típico de la cultura urbana occidental, altamente individual y competitiva.

- Se observa más habitualmente en la población de inmigrantes que en la población de destino. Se considera que este efecto constituye un mecanismo de defensa del emigrante ante el rechazo real y marginación que sufre. Esto provoca una situación curiosa que consiste en que el emigrante puede estar marginado de verdad, pero sentirse más marginado de lo que en realidad está, hecho que, por otra parte, no ayuda en nada a su integración.
- Es un fenómeno universal que se observa en todas las culturas y contextos, aunque con una gran variedad de formas atípicas según las distintas culturas. Parece que las formas culturales y desarrollos históricos específicos no determinan la aparición de la paranoia y los trastornos delirantes, pero sí su contenido.
- Existe la idea estereotipada de que los enfermos con trastornos delirante/paranoia son más inteligentes que la media de la población, aunque esto no es cierto. Probablemente, los enfermos acostumbran a parecer más inteligentes a causa de la hipervigilancia y el recelo que muestran en su vida cotidiana.
- El prototipo de enfermo con trastorno delirante es un hombre, sin vínculo familiar, de entre 40 y 50 años, que reside en una ciudad grande, de clase social media-baja y que está sometido a algún factor estresante (laboral, económico, etc.).

c) Relación entre trastornos psicóticos y trastornos de personalidad

De la misma manera que con el resto de los trastornos psicopatológicos, se da una relación entre éstos y algunos trastornos específicos de personalidad en los parámetros expuestos en el tema de los trastornos de personalidad.

En el caso concreto de los trastornos psicóticos, la relación se establece con los tres tipos de personalidad del grupo A: *trastornos de personalidad esquizotípica*, *esquizoide* y *paranoide*.[4]

El trastorno de personalidad esquizotípico está estrechamente relacionado con la esquizofrenia, de manera que cuando éste es muy grave no sólo se considera un factor de alto riesgo, sino también una forma atenuada de esquizofrenia.

4. Se recomienda la lectura de los subapartados 5.4 ("Trastorno paranoide de la personalidad"), 5.5 ("Trastorno esquizoide de la personalidad") y 5.6 ("Trastorno esquizotípico de la personalidad") de este capítulo.

El trastorno de personalidad esquizoide se relaciona con la esquizofrenia en la línea de considerar la esquizoidia como una manifestación sintomatológica propia y específica de esta enfermedad.

El trastorno de personalidad paranoide es frecuente en los trastornos delirantes/paranoia, hasta el punto de que se considera casi seguro que en todo enfermo con este diagnóstico se detectará una estructura de personalidad paranoide de base presente desde la adolescencia del paciente.

1.1.3. Sintomatología y criterios diagnósticos de la esquizofrenia

1) Formas de inicio

a) Pródromos

La palabra *pródromo* expresa el periodo de tiempo anterior al diagnóstico en el que no hay constancia clara de la enfermedad, pero ésta ya se presenta de alguna manera en forma de vivencias psicológicas que preceden y anuncian la aparición del cuadro esquizofrénico claro.

Ejemplo

Paciente de diecinueve años, varón, que acude a la consulta de un psicólogo acompañado por sus padres. Éstos consultan porque desde hace algún tiempo ven a su hijo muy nervioso, sin que en apariencia haya una causa concreta. El chico ha dejado de asistir a la facultad de repente porque, según afirma, "no se podía concentrar en las clases y en los estudios". Últimamente manifiesta miedo a cosas que antes no le asustaban, como por ejemplo quedarse solo en casa. En las últimas dos semanas no puede dormir más de tres horas cada noche.

Durante la entrevista se muestra ansioso y con algunas dificultades para explicarse, como si le costara pensar con claridad. Dice que no sabe lo que le pasa. Desde hace algún tiempo se siente cambiado, diferente, "como si fuera otra persona" y está extrañado por eso. Cuando se mira en el espejo no se reconoce, y sigue mirándose durante minutos con gran perplejidad. Frecuentemente le parece que las cosas cambian a su alrededor. Sus familiares y su casa le parecen irreales y extraños. Cuando está en la facultad tiene la sensación de que todos lo miran, y en algún momento le ha pare-

cido que el profesor se refería a él cuando daba una explicación en clase, pero no está seguro de esto último. Tiene miedo de estar "volviéndose loco" y padecer una grave enfermedad mental.

Informa la madre de que desde siempre ha sido un niño muy introvertido y dado a la fantasía, con gusto por temas como el espiritismo, la brujería y la ciencia-ficción, pero que últimamente "está más cerrado en sí mismo de lo normal". No hay antecedentes médicos ni psicopatológicos de interés.

En la esquizofrenia, este periodo adquiere una gran importancia clínica, puesto que si es posible la anticipación a la exclusión clara de los trastornos, también es posible iniciar medidas preventivas (fundamentalmente farmacológicas) que atenúen sus efectos.

En general, se observa una serie de cambios en la vida del paciente (habitualmente, un chico o una chica jóvenes) que se manifiestan en la aparición de un conjunto de conductas calificadas como extrañas por quienes rodean al enfermo. Costa (1994) ha realizado una buena recopilación del tipo de situaciones habituales que exponemos de forma simplificada a continuación.

- Tendencia al aislamiento.
- Descenso brusco de los rendimientos académicos.
- Lenguaje empobrecido, con pérdida de la riqueza de vocabulario.
- Risas injustificadas, com si tuviese un pensamiento oculto que le hiciese gracia.
- Alteraciones sensoperceptivas. A veces, se puede interesar sobre si hay alguien de la familia que hubiese experimentado alguna sensación extraña, como le sucede ahora a él: algún ruido, alguna visión, algún olor raro, etc.
- Falta de iniciativa y de energía.
- Distracción de la higiene personal.
- Cambios en la personalidad en relación con todas las otras manifestaciones citadas.
- Manifestaciones de inquietud, preocupación, ansiedad inespecífica y no explicable, insomnio.

En algunas ocasiones, puede experimentar experiencias insólitas e ideas extravagantes.

b) Formas de inicio

Se suelen describir dos formas básicas del inicio de la enfermedad: *insidiosa* y *aguda*, y una serie de formas atípicas.

- La *forma insidiosa* se caracteriza por un periodo prolongado de tiempo (meses e incluso años) durante el cual los pródromos están presentes antes de que el trastorno se haga evidente. Las personas próximas al paciente referirán un progresivo retraimiento y aislamiento, así como un empobrecimiento de su vida en todos sus aspectos, hasta que su vida habitual quede extremadamente limitada o aparezcan los síntomas claros de esquizofrenia.
- La *forma aguda* se caracteriza por la presencia inicial de un episodio agudo de sintomatología esquizofrénica clara (ideas delirantes, alucinaciones y trastornos formales del pensamiento). Antes de la presencia evidente del trastorno, puede haber un corto periodo de tiempo (desde semanas hasta unos cuantos meses) en el que el paciente presente un estado de ánimo con gran ansiedad interna, sensación de cambio inminente y una percepción del ambiente en forma amenazadora y peligrosa, sin que sepa concretar el por qué.

Ejemplo

Paciente de veintidós años, varón, soltero, que acude a un servicio de urgencias de un hospital general acompañado por su padre, ya que tras una semana sin querer salir en ningún momento de su habitación ha intentado atrancar la puerta de la habitación clavando unos largueros que arrancó de su cama. Después de hablar con su padre ha consentido en acompañarlo al hospital.

El padre relata que desde hace cuatro meses ha ido cambiando gradualmente su conducta, en el sentido de un abandono del trabajo, que dejó sin explicación, de su novia y sus amistades, hasta que finalmente se cerró en su cuarto. Sus familiares observaron también un marcado mutismo y cómo pasaba las noches paseándose por su habitación, musitando palabras inconexas como si hablara solo.

El paciente, tras cierta reticencia, relata cómo ha observado en los últimos meses una serie de hechos que le han producido una gran preocupación. Fundamentalmente, la sensación de que los demás, en especial sus compañeros de trabajo y su novia, parecían saber lo que pensaba. Lo notaba en que parecían anticiparse a sus actos, como si ya supieran lo que diría o haría. No encontraba a eso ninguna explicación, hasta que hace dos semanas se dio cuenta de que consistía en que le habían puesto un aparato en los huesos que podía leer y transmitir sus pensamientos. Eso le quedó confirmado

cuando empezó a escuchar una voz, que no identifica, dentro de su cabeza, que le decía que tuviera cuidado porque había una conspiración contra él. Finalmente, ha observado que este extraño aparato parece que no actúa en su habitación. No sabe a qué se debe toda esta situación, pero está totalmente convencido de que pasa de verdad.

Existen algunas formas de inicio que se denominan atípicas y en las que se puede observar sintomatología característica de otros trastornos que evolucionan gradualmente hacia la propia de la esquizofrenia (formas psicopáticas, obsesivoides e hipocondríacas).

2) Sintomatología y cuadro clínico

Etimológicamente, la palabra *esquizofrenia* significa ruptura de la mente y/o la personalidad. Bleuler, que acuñó este término, quería referirse a la idea de que en esta enfermedad parece como si se perdiese el sentido de unidad de la mente, la coordinación entre las diferentes funciones mentales en torno de la idea de la consciencia del yo.[5]

De hecho, en esta enfermedad se pueden presentar trastornos y observar síntomas en la práctica totalidad de las funciones mentales, y también en una amplia gama de conductas. A continuación, presentamos en la tabla 2.2 una breve reseña de las alteraciones psicopatológicas más frecuentes en esta enfermedad, en cada función mental.[6]

Tabla 2.2.

Pensamiento	Trastornos formales	• Asociaciones ilógicas y/o laxas • Pensamiento disgregado • Pensamiento incoherente • Bloqueos mentales
	Trastornos del contenido	• Delirios e ideas delirantes • Síntomas de primer rango de Schneider

5. Véanse en el Anexo los apartados 1 ("Semiología de la conciencia"), 5 ("Semiología de la percepción"), 6 ("Semiología del pensamiento"), 7 ("Semiología del lenguaje") y 8 ("Semiología de la psicomotricidad").
6. Véase el siguiente texto: A. Jarne y T. Talarn (2000). *Manual de Psicopatología Clínica* (pág. 413-421). Barcelona: Paidós. Se recomienda especial atención a los ejemplos.

Lenguaje y comunicación	Comunicación verbal	• Lenguaje pobre en contenidos y estructura lingüística • Lenguaje desorganizado (esquizoafasia) • Neologismos
	Comunicación no verbal	• Mutismo • Pobreza mímica en la expresión de las emociones • Peculiaridad pictórica
Percepción	Hiperestesia e/o hipoestesia	
	Percepciones e ilusiones interpretadas	
	Alucinaciones	• Más frecuentes: auditivas (voces que comentan, voces que conversan con el paciente, etc.) • Moderadamente frecuentes: cenestésicas y visuales • Poco frecuentes: olfatorias y las táctiles
Afectividad	Ansiedad	• Relacionada con el suicidio
	Estados afectivos discordantes y desorganizados	• El paciente muestra un comportamiento y una respuesta afectiva infantilizada, que no coincide con los estímulos del ambiente (risa desmesurada sin motivo)
	Pobreza afectiva	• El paciente se presenta aplanado emocionalmente, con poca capacidad de respuesta, y refiere la sensación subjetiva de dificultad para sentir
Motricidad	Catatonia	
	Estereotipias, actos motrices repetitivos, ecopraxias, manierismos motrices	• Enfermos cronificados en estados de deterioro
Integración del yo	Despersonalización y desrealización	• En las etapas iniciales de la enfermedad
	Estereotipias, actos motrices repetitivos, ecopraxias, manierismos motrices	• Enfermos cronificados en estados de deterioro
Motivación y voluntad	Falta de motivación	• Falta de actividades, *hobbies*, aficiones
	Apatía y abulia	• Falta de persistencia en el trabajo y los estudios
Cognición	Cuadro de déficit	• Atención/memoria /funciones ejecutivas
	Apatía y abulia	• Falta de persistencia en el trabajo y los estudios

En los últimos años, a causa de la gran disparidad de criterios que recogían los sistemas diagnósticos respecto a los síntomas característicos de la esquizofrenia, se ha producido un intento de determinar posibles agrupaciones sindrómicas de los síntomas, en especial en los denominados *síntomas positivos* y *negativos*.

Básicamente, se establecen dos grandes agrupaciones sindrómicas diferentes en la esquizofrenia: síntomas positivos y síntomas negativos.

En general, con síntomas positivos se quiere indicar un funcionamiento excesivo o distorsionado de un proceso normal, como las alucinaciones, mientras que los negativos son equiparables a la idea de pérdida, disminución o déficit en las conductas del paciente, como la pobreza de lenguaje o aplanamiento afectivo.[7]

2) Criterios diagnósticos

Puede consultar el apartado correspondiente del DSM-IV y el ICD 10.

1.1.4. Subtipos de esquizofrenia

1) Subtipos clásicos

La clasificación y división de la esquizofrenia en diferentes subtipos esconde dos problemas distintos. En primer lugar, la discusión sobre si se trata de una única enfermedad con diferentes expresiones, hecho que constituye el punto de vista "oficial" de la Psicopatología, o si más bien nos hallamos ante enfermedades bàsicamente diferentes, pero que tienen algunos síntomas y características clínicas comunes. En este caso, se prefiere la denominación trastornos esquizofrénicos, y ésta es la sospecha nunca confirmada de muchos clínicos y psicopatólogos investigadores.

En segundo lugar, se discute si la clasificación en subtipos se tiene que hacer sobre hallazgos de laboratorio y/o provenientes de la investigación básica o sobre síntomas y fenómenos clínicos. Ciertamente, hoy día no hay datos suficientemente fiables y contrastados en el primer sentido como para permitir una clasi-

7. Al respecto, consúltese la tabla de A. Jarne y T. Talarn (2000). *Manual de Psicopatología Clínica* (pág. 423). Barcelona: Paidós.

ficación válida; por ello, los subtipos clásicos (oficiales) se siguen determinando sobre la segunda base, es decir, sobre la base del tipo de síntomas que prevalecen.

Siguiendo el DSM-IV, se establecen los subtipos siguientes:

- Paranoide
- Desorganizada
- Catatónica
- Indiferenciada
- Residual

a) Paranoide

Subtipo de esquizofrenia más frecuente (dos tercios del total). Se caracteriza por la presencia predominante de delirios y alucinaciones –síntomas positivos–; el resto de la sintomatología esquizofrénica –desorganización del pensamiento, trastornos motrices, etc.– puede estar presente, pero no prevalece. Puede debutar a cualquier edad de la vida, frecuentemente a partir de los 22 ó 23 años, y presenta el pronóstico más favorable de todas. Su forma de inicio típica es aguda y cursa con agudizaciones de la sintomatología en forma de episodios agudos (brotes) con remisiones interepisodios de la sintomatología.

b) Desorganizada

La sintomatología que prevalece son los trastornos formales del pensamiento, la conducta desorganizada y los trastornos de inadecuación afectiva. Al contrario que la anterior, presenta una forma de inicio más primeriza, al final de la adolescencia e inicio de la juventud. Suele iniciarse insidiosamente, de manera que los pacientes ya presentaban un mal ajuste a su ambiente desde la infancia (excesivamente intravertidos, aniñados e inmaduros para su edad). De hecho, usualmente los pacientes dan la sensación de haberse detenido en su evolución e, incluso, de que retroceden y se infantilizan con conductas regresivas.

c) Catatónica

Forma de esquizofrenia muy poco habitual hoy día. Se caracteriza por la prevalencia de una sintomatología motriz característica que se denomina catatonia. Los episodios catatónicos suelen ser agudos, con inicio en cualquier periodo de la vida y con un curso parecido al de la esquizofrenia paranoide.[8]

8. Es imprescindible para la comprensión de este subtipo de esquizofrenia la lectura del subapartado 5 ("Catatonia") del apartado 8 ("Semiología de la psicomotricidad") en el Anexo.

d) Indiferenciada

Esta categoría acostumbra a utilizarse cuando el clínico no observa ningún tipo de sintomatología preferente o la sintomatología es atípica, de manera que no es posible un diagnóstico en los subtipos anteriores.

e) Residual

La categoría residual se puede utilizar únicamente cuando ya ha tenido lugar algún episodio anterior de esquizofrenia. El término expresa la ausencia de síntomas positivos y la presencia, más o menos marcada, de síntomas de tipo negativo. El término residual expresa más bien una forma de evolución de la esquizofrenia en la cual el paciente presenta algún tipo de *deterioro*. Por deterioro entendemos, en este caso, algún nivel de disfunción en la personalidad y en las funciones cognitivas (atención, memoria, etc.) y/o sociales, que acarrea repercusiones importantes para la capacidad de respuesta del enfermo en su ambiente, dificultándola en mayor o menor grado.

2) Trastorno esquizoafectivo

El trastorno esquizoafectivo no se considera un subtipo de esquizofrenia, sino un trastorno con autonomía propia, aunque dentro del espectro de la esquizofrenia. La característica fundamental es la presencia en el mismo cuadro clínico de síntomas de la serie esquizofrénica –delirios y alucinaciones, fundamentalmente– y de los trastornos del estado del ánimo –depresión y/o cuadros maníacos. La presentación clínica no incluye la idea de que los síntomas se presentan necesariamente de forma alterna, sino que después de episodios de características claramente esquizofrénicas suelen venir estados clínicos en los que prevalecen los síntomas depresivos que no sean con motivo de efectos de la medicación u otras condiciones médicas, por ejemplo. Otras veces sí se observa simultaneidad, de manera que un paciente con una tonalidad delirante puede experimentar una gran exaltación de su estado de ánimo o depresión.

Se considera que este trastorno presenta mejor pronóstico que los subtipos clásicos de esquizofrenia, dado que presupone que el paciente ha conservado la capacidad de respuesta emocional, que por lo general se ve gravemente disminuida en la esquizofrenia. Del mismo modo, los pacientes suelen tener una mayor consciencia de enfermedad en este cuadro clínico.

3) Esquizofrenia tipo positivo y tipo negativo

Esta reciente reformulación de la esquizofrenia, aunque no esté incluida en las clasificaciones oficiales, constituye el intento más serio de clasificación de la enfermedad sobre datos que no provienen exclusivamente de la observación clínica, sino también de la investigación básica tanto psicológica (deterioro, alteración en los procesos cognitivos, patrones de respuesta seudofisiológica, etc.) como biológica (impregnación genética, bases bioquímicas, vías y estructuras cerebrales implicadas, etc.).

En esencia, se parte de la idea de que habría dos síndromes esquizofrénicos básicamente diferentes. La esquizofrenia tipo positivo sería una enfermedad con inicio agudo, curso con exacerbaciones y remisiones, buen funcionamiento social cuando remiten los síntomas, prevalencia de síntomas positivos, ausencia de anormalidades estructurales en el cerebro y, por consiguiente, sin deterioro de las funciones cognitivas y con una buena respuesta a los neurolépticos. En general, se identifica con la esquizofrenia paranoide y el trastorno esquizoafectivo.

La esquizofrenia de tipo negativo tendría un mal pronóstico, ya que el cerebro se vería estructuralmente afectado, de manera que todavía no se conoce. Presenta un inicio insidioso, curso crónico con deterioro progresivo tanto social como de las funciones superiores y sin remisión, prevalencia de síntomas negativos y peor respuesta a los neurolépticos y, en consecuencia, con escasos recursos terapéuticos. Se identifica con la esquizofrenia desorganizada y residual.

1.1.5. Curso y pronósticos de la esquizofrenia

1) Curso

Teniendo en cuenta la aceptada heterogeneidad de la esquizofrenia, es lógico que no se describa un curso único para todos los trastornos esquizofrénicos; en cambio, éste es muy específico para cada paciente en particular. En términos generales, también se acepta que se puede prever para cada paciente concreto, con un escaso margen de error, tanto el curso como el pronóstico a partir de la observación de la combinación de determinadas variables clínicas, en una especie de ecuación que expondremos a continuación.

En cuanto al curso, las dos variables más significativas son la forma de inicio y el subtipo de esquizofrenia. La tabla 2.3 pretende aclarar esta ecuación, teniendo en cuenta, naturalmente, que las excepciones son casi la norma en estos trastornos, de modo que dichos datos habrá que tomarlos únicamente como punto de referencia.

Tabla 2.3.

	Variables		
Curso	**=**	**Forma de inicio**	**+ Subtipo**
Episodios agudos con remisiones interepisodios	=	Aguda	+ paranoide + Catatónica + Esquizoafectiva
Estado crónico residual	=	Insidiosa	+ desorganizada

Como hemos comentado, la esquizofrenia residual cronificada implica, generalmente, un nivel variable de deterioro que se expresa en el área cognitiva, social y de adaptación al ambiente.

En la esquizofrenia paranoide y las formas de inicio aguda, se observa una mayor variabilidad en la evolución y el pronóstico. Costa (1994) ofrece las cifras siguientes en relación con cada situación.[9]

- Recuperación total después de una crisis: 25%
- Varias crisis y varias remisiones: 22%
- Evolución crónica después de varios brotes: 33%
- Evolución crónica tras una crisis: 20%

Como podemos ver, algunos pacientes sufrirán un solo episodio (brote) del cual se recuperan totalmente, y vuelven a la situación anterior a la enfermedad. Lo más frecuente será, no obstante, que se presenten varios episodios agudos con periodos interbrotes en los que se permanece más o menos libre de síntomas positivos. El número de episodios a lo largo de la vida de un enfermo y el periodo de tiempo entre cada episodio es muy variable y depende tanto de fac-

9. Consúltese el apartado correspondiente de: J.M. Costa Molinari (1994). *Manual de psiquiatría*. Publicaciones de la Universitat Autònoma de Barcelona.

tores clínicos propios de la enfermedad como de aspectos ambientales y terapéuticos. Se acepta que

> "los factores que mejor predicen la recaída son el abandono de la medicación antipsicótica, una elevada expresión de la emoción familiar –entendida como un estilo comunicacional y afectivo inadecuado a la familia del enfermo–, estar sometido a situaciones estresantes y el consumo de sustancias como marihuana, cocaína, alucinógenos, etc.".
>
> A. Jarne y T. Talarn (2000). *Manual de psicopatologia clínica* (p. 432). Barcelona: Paidós.

Se considera objetivo terapéutico de primer orden evitar que el enfermo repita episodios, de manera que un buen indicador de éxito terapéutico es el periodo de tiempo en que el paciente permanece libre de síntomas. En este sentido, se piensa que después del cuarto episodio empieza a haber un riesgo importante de deterioro.

2) Pronóstico

Cuando se visita a un enfermo esquizofrénico en su primer episodio, ningún clínico puede evitar pensar cuál será el estado más o menos estable que definirá su situación al cabo de unos años. En términos generales, se acepta que hay tres grandes posibilidades:

a) recuperación total,
b) recuperación con defecto, y
c) deterioro.

Los enfermos se reparten de forma igualitaria en un tercio, aproximadamente, en cada categoría.

La recuperación total implica que el enfermo experimentará una remisión total de los síntomas y una buena adaptación a su ambiente, que se conceptualiza como volver al nivel de actividad anterior.

El segundo grupo de pacientes se recuperará en el sentido de no experimentar sintomatología (positiva y/o negativa) de forma continua, pero se evidenciarán como secuelas algunas dificultades en su personalidad y funciones cognitivas –dificultades para mantener la atención, falta de impulso e iniciativa, una excesiva intraversión y dificultad para el contacto social, etc.– que dificultarán en cierto modo su capacidad de respuesta al ambiente.

Finalmente, otro tercio presentará un estado de deterioro parecido en algunos aspectos al de una demencia. Se acepta como adecuada la cifra del 25% para los pacientes que cursan con grave deterioro social y/o intelectual y que, por lo tanto, dependerán de sus familiares o sistemas de protección social para sus necesidades más básicas. Esta cifra se amplía hasta un 40%, aproximadamente, si se habla de "mal pronóstico", entendido como incapacidad del enfermo para cuidar por completo de sí mismo, independientemente de que se dé deterioro intelectual.

1.2. Trastorno delirante/Paranoia

1.2.1. Forma de inicio, sintomatología y criterios diagnósticos

1) Introducción

La palabra *paranoia* contiene raíces filológicas que derivan del griego; textualmente significa 'pensamiento paralelo'. El término se utiliza asociado a las enfermedades desde la época hipocrática y durante muchos siglos tuvo una connotación cercana a la de "enfermedad mental muy grave" y se identificaba, por lo tanto, con el de "locura" en general, pero siempre en el contexto de la presencia clínica de ideas delirantes. Es muy probable que muchos cuadros esquizofrénicos fuesen considerados durante los siglos anteriores al XIX como paranoias.

A partir del siglo XIX, el término se fue circunscribiendo, poco a poco, con la idea de la presencia de delirios sin otras manifestaciones consideradas entonces paradigmáticas de la enfermedad mental, como por ejemplo la fiebre o la agitación. De esta manera, su identificación con la enfermedad mental que conduce hacia la demencia fue perdiendo peso paulatinamente.

En definitiva, fue Kraepelin quien, a principios del siglo XX, estableció el concepto moderno de paranoia cuando lo diferenció del de demencia precoz (futura esquizofrenia), con los términos de un "desarrollo insidioso con la dependencia de causas internas y según una evolución continua de un sistema delirante duradero e imposible de saquear, y que se instaura con una conservación completa de la claridad y del orden en el pensamiento, el querer y la acción". Es

decir: la presencia en un enfermo de ideas delirantes de forma crónica sin que se evidencie deterioro del resto de las funciones mentales, especialmente de las funciones cognitivas.[10]

Dado que en Psicopatología la palabra *paranoia* había ido adquiriendo poco a poco una connotación muy concreta, ideas delirantes de tipo *perjuicio y persecución*, el DSM-III decidió acogerse a la aceptación histórica general y cambiar la denominación por la de trastorno delirante. Así quiere significar que en este trastorno las ideas delirantes se pueden presentar con todo tipo de temáticas y no sólo de persecución y perjuicio.

2) Forma de inicio

Son tres las características que definen la forma de inicio de un trastorno delirante, y dos de ellas condicionan la tercera.

a) Por definición, un trastorno delirante posee un inicio lento, insidioso y progresivo. Esto quiere decir que aunque el primer contacto clínico con un enfermo con trastorno delirante puede ser en el contexto de un episodio agudo, probablemente a causa de algún problema social y/o legal provocado por el enfermo, el clínico pronto apreciará que las ideas delirantes de su paciente se han ido desarrollando lenta y gradualmente durante mucho tiempo (años, probablemente), y tan sólo se han conocido cuando ha tenido lugar una descompensación en la vida del paciente.

b) En un trastorno delirante, las ideas delirantes se han desarrollado sobre el sustrato de un trastorno de personalidad paranoide,[11] de manera que las características básicas de éste (suspicacia, hostilidad, pensamiento proyectivo, etc.) están presentes en el enfermo desde su adolescencia y han marcado su vivencia del mundo y la relación con los demás durante su existencia. En cierto modo, la ideación delirante se asienta sobre una estructura psicológica que está preparada para desarrollarla.

c) En consecuencia, el trastorno delirante se configura así en un extraño maridaje entre la *constitución del paciente* (personalidad paranoide) y la *respuesta al*

10. Véase en el Anexo, dentro del apartado 6 ("Semiología del pensamiento"), el punto f ("Ideas delirantes") del subapartado 2.
11. Véase el subapartado 5.4 ("Trastorno paranoide de la personalidad") de este capítulo.

ambiente, ya que estos enfermos son particularmente vulnerables a la presencia de estresores (problemas familiares, laborales, económicos, conflicto con los demás, etc.), hecho que suele provocar no sólo una agudización de los rasgos paranoides y de la misma ideación delirante. Por el contrario, tal como se ha comentado anteriormente, si el estresor es de suficiente intensidad puede provocar un episodio agudo que curse con violencia y que motive la primera intervención terapéutica y/o ingreso hospitalario del enfermo; en definitiva: que "destape" la enfermedad.

3) Sintomatología

Por definición, el síntoma fundamental que se debe apreciar en el trastorno delirante es que haya ideas delirantes basadas en la interpretación que hace el sujeto de los estímulos de su ambiente (palabras y gestos que percibe, conversaciones con los demás, lecturas, sensaciones de su cuerpo, miradas, etc.). Aunque todo sistema delirante es inexpugnable a la argumentación –es decir, el paciente presenta una convicción total en la realidad de sus creencias–, en estos trastornos esto es especialmente cierto, y los enfermos presentan una vistosa y difícil de abordar falta de consciencia de enfermedad y creencia en sus delirios.

El sistema delirante de estos enfermos, al contrario que el de los enfermos esquizofrénicos, presenta la particularidad de que es internamente lógico, coherente y sistematizado, puesto que se basa en hechos o situaciones reales. Además de esto, el enfermo suele mantener las ideas delirantes circunscritas a unas temáticas determinadas –que lo perjudican en su familia y/o el trabajo, que tiene poderes místicos, que tiene una enfermedad incurable, que su pareja lo engaña, etc.–, y en el resto de las áreas y aspectos de su vida permanece libre de esta ideación paranoide. Si un enfermo cree de forma delirante ser sistemáticamente perjudicado y relegado y objeto de una persecución particular en su trabajo, presentará conductas congruentes con dicha idea en este ámbito, pero podrá funcionar sin dificultad y libre de delirio en el resto de las áreas de su vida (familia, relación social, ocio, etc.), más allá de los rasgos de su personalidad. Esto provoca que los citados enfermos puedan mantener "oculta" su enfermedad durante mucho tiempo, así como que su nivel de adaptación al ambiente pueda verse implicado lo menos posible.

El diagnóstico del trastorno delirante se hace en gran medida por exclusión, es decir, por la no presencia de algunos síntomas, aparte de la certeza de la presencia del sistema delirante. Concretamente, no se suelen observar alucinaciones ni trastornos de la percepción y no se da una evolución marcada hacia un deterioro intelectual. De hecho, a veces se evidencia cierta agudización de la atención y la memoria en relación con hechos en los que el paciente se cree perseguido y/o que forman el núcleo de su delirio, a causa de la hipervigilancia que se mantiene constantemente.

La afectividad del enfermo paranoide se describe marcada por la alexitimia, la contención y frialdad emocional.

Ejemplo

El paciente es un hombre soltero de cuarenta y cinco años de edad, que fue ingresado por sus familiares.

Un año antes del ingreso, el paciente empezó a enviar cartas de denuncia a la policía y al defensor del pueblo. Denunciaba a unos vecinos porque le querían envenenar. Empezó a sospechar eso cuando visitó al médico de cabecera por unos dolores en los testículos, que relacionó con la comida que ingería. Pensaba que su tendero estaba administrándole intencionadamente "hormonas y sustancias tóxicas" en la comida para convertirlo en mujer. Relacionaba eso con una discusión que efectivamente tuvo con él meses atrás a causa de un producto que le había vendido en mal estado. Aunque cambió de tienda, los dolores continuaron, de modo que llegó a la conclusión de que su tendero "se había puesto en contacto y había solicitado ayuda del gremio de tenderos" para lograr una venganza efectiva.

Había escrito diversas cartas a organizaciones de consumidores y policía denunciando estos hechos. Como no recibió respuesta, pensaba que había algo extraño en ese hecho, y que quizá también estuvieran en el complot. Finalmente había intentado agredir al tendero con un cuchillo de cocina, lo cual determinó la intervención de los familiares.

No obstante, en los momentos en que las ideas delirantes son menos intensas y el paciente puede acceder a cierta consciencia de las complicaciones cotidianas a las cuales está sometido por su patología, se pueden desarrollar auténticos cuadros distímicos con sintomatología típica depresiva que, a veces, conducen a intentos de suicidio. Incluso en estas circunstancias la tendencia paranoide se expresa con el intento de culpabilizar a otras personas con la responsabilidad de su propia muerte.

Finalmente, en los momentos de mayor descompensación del delirio se pueden presentar intensas emociones de ansiedad: miedo, irritabilidad, odio, sensación de humillación y agravio, etc. y, por lo tanto, conductas extremadamente agresivas hacia los demás que son interpretadas por el paciente como "legítima defensa".

Tabla 2.4. Temáticas características de las ideas delirantes en el trastorno delirante

Tipo de delirio	Descripción	Ejemplo
Persecución	Tendencia a la interpretación por la cual el paciente puede explicar con muchos detalles la persecución y asedio que cree que sufre.	"Me quieren matar, seguro que la carnicera me pone veneno en la carne que compro porque le pagan ellos. Lo sé por la manera como envuelve el paquete."
Reivindicación y querulante	El paciente se ve inmerso en juicios y procesos fruto de sus constantes denuncias. Cuando versa sobre la salud, el paciente reclama insistentemente una asistencia sanitaria que cree que no se le presta.	"El Ayuntamiento ha puesto aquella señal de prohibido aparcar para que yo personalmente no aparque en mi calle. Lo he denunciado muchas veces, pero ellos pueden más que yo. Me derivan a otros profesionales y no me siento bien atendido, así que ya he denunciado en varias ocasiones este trato en el libro de reclamaciones."
Celotípico	El individuo se siente frustrado y con sensación de estar privado de sus derechos en sus relaciones afectivas y emocionales. Los celos son una constante en estos pacientes, y se pueden organizar en forma de un delirio sistematizado.	"Ella busca tener un lío con todos los hombres de la escalera, lo noto en la forma en que los mira y los saluda."
Erotomaníaco	El paciente tiene la convicción de que alguien que a menudo ocupa un rango social superior al suyo le quiere, y por eso no puede corresponder su amor.	Una paciente asegura que su médico se ha enamorado de ella porque le sonríe de una manera especial, aunque comprende que al estar casado no se lo puede manifestar claramente.
Hipocondríaco o somático	El paciente se siente gravemente enfermo, con una convicción que va más allá de todo tipo de pruebas que se le ofrecen y de la hipocondría como actitud.	Un paciente relata que el dolor que siente en el vientre es signo inequívoco de la existencia de un tumor maligno y que le están engañando para que no sufra.
Megalomaníaco o de grandiosidad	El paciente se siente cargado de poder, conocimiento, capacidad para curar o solucionar grandes problemas de la humanidad, o bien siente que mantiene relaciones sociales con personas importantes y/o famosas.	"He descubierto una máquina que puede transformar la basura en comida, pero no me dan apoyo porque eso echaría a perder las industrias de alimentación."

4) Criterios diagnósticos

Puede consultar el apartado correspondiente del DSM-IV y la ICD 10.

1.2.2. Curso y pronóstico del trastorno delirante

El trastorno delirante está considerado como un trastorno crónico, lo cual significa que muy probablemente, a pesar de los momentos en que el paciente puede mantener las ideas delirantes contenidas, la posibilidad de reagudización siempre está latente. Así pues, se dará alternancia de exacerbaciones y periodos de tranquilidad; y aunque las exacerbaciones pueden ser espontáneas, frecuentemente coinciden con la presencia de estresores.

La concurrencia de estos estresores, especialmente si son de cierta intensidad (demanda de separación matrimonial inesperada, pérdida de trabajo, ruina económica, etc.), puede produir la descompensación de la estructura de vida que había alcanzado el enfermo a fuerza de trabajar, y en la cual sus ideas delirantes y tendencias paranoides estaban más o menos controladas. De este modo, se produciría la llamada *ruptura* o *catástrofe*, y aparecerán de nuevo las ideas delirantes y tendencias paranoides con toda su virulencia.

La situación se agrava porque habitualmente el paciente delirante provoca la reacción del ambiente que él mismo denuncia. Así, un enfermo con fuertes tendencias celotípicas puede mantener a causa de eso una actitud tan controladora y conflictiva con su compañera que es muy posible que ésta decida abandonarlo porque ya no puede soportar más la situación. Este hecho confirmará las sospechas del enfermo sobre las imaginadas infidelidades de su mujer. Este ejemplo sería extrapolable a cada situación delirante.

Los ingresos suelen venir provocados por problemas sociales o interpersonales relacionados con la sintomatología paranoide y su eficacia terapéutica normalmente no sobrepasa el simple control de la situación conflictiva.

Se acepta que, en general, la edad atempera la intensidad y frecuencia de los episodios delirantes –menos a medida que se envejece–, pero no la actitud paranoide general del enfermo, que incluso se puede agudizar en la vejez. Existe la duda respecto a si el paso del tiempo posee un efecto atenuador en sí mismo o si el enfermo aprende a mantener cierta capacidad de autocontrol.

En este sentido, se acepta que para muchos enfermos la evolución de su trastorno es compatible con la vida más o menos normal en su medio, donde a menudo se los considerará como "tipos extraños". Los factores que predicen el mejor pronóstico son, según Horta (2000), sexo femenino, casadas, inicio antes de los 30 años, aparición aguda, duración inferior a 6 meses antes de la hospitalización, presencia de factores precipitantes y una estabilidad laboral.

1.3. Trastorno psicótico breve

El trastorno psicótico breve es un trastorno del cual se tienen pocos datos epidemiológicos y que se cree que es poco frecuente. Une su particularidad clínica el hecho de ser el único trastorno psicótico que se puede presentar como una respuesta psicológica a un estrés ambiental. Es decir, es posible que constituya la mejor prueba clínica de que en situaciones ambientales extremas el binomio cerebro/mente puede reaccionar con sintomatología psicótica. Recordamos que en Psicopatología existe la tendencia a creer que los síntomas psicóticos están directamente vinculados a una alteración cerebral y no meramente a una respuesta mental.

1.3.1. Criterios diagnósticos

Son dos las características fundamentales que definen los criterios diagnósticos en este trastorno:

1) La presencia de sintomatología psicótica positiva. Ideas delirantes, alucinaciones, trastornos formales del pensamiento y síntomas catatónicos.

2) La aparición brusca y repentina (en pocos días) de los síntomas y su desaparición en menos de un mes.

Estos dos criterios marcan claramente el diagnóstico diferencial con el resto de los trastornos psicóticos. Recordad cómo presentan los trastornos esquizofrénicos y delirantes una fase de inicio que dura meses o años y, por descontado, cursan a lo largo de décadas y/o toda la vida del enfermo, mientras que en el trastorno psicótico breve un paciente transita de la normalidad a la presencia de

síntomas psicóticos claros en el plazo de unos cuantos días y un mes más tarde ha recuperado la total normalidad, generalmente sin ningún tipo de secuela.

Otro diagnóstico diferencial se tiene que establecer con un episodio psicótico provocado por la ingesta de tóxicos. En principio, el diagnóstico de trastorno psicótico breve se establece únicamente ante la certeza de la ausencia de ingesta de un tóxico por parte del paciente antes de la aparición de los síntomas. Además de esto, generalmente en la psicosis tóxica los síntomas desaparecerán en pocas horas o días (no perdura, en cualquier caso, más allá del plazo de semanas).

1.3.2. Curso clínico

El trastorno psicótico breve puede aparecer en cualquier edad, aunque es característico que lo haga en la juventud y primera adultez (década de los veinte y treinta). Por definición, cursa con inicio agudo y brusco, sintomatología psicótica que remite antes de un mes.

La sintomatología propia de este trastorno es la denominada *positiva*; esto es, delirios, alucinaciones y trastornos formales del pensamiento. No obstante, una característica de este trastorno frente a los otros es que se puede añadir un estado de confusión mental y agitación motriz por medio de los cuales el sujeto puede vagar sin rumbo o presentar conductas extrañas, incluso agresivas, de las cuales después mantendrá escasa consciencia.

Ejemplo

El paciente, un hombre de treinta y seis años de edad, gracias a la actividad de una ONG había conseguido ser liberado de una prisión clandestina del ejército, donde había sido torturado sistemáticamente, en un país del cono sur en la época de las dictaduras militares. Cuando llegó a España como refugiado político, empezó a pensar que en realidad había sido liberado por la policía de su país con el consentimiento de la policía española para seguirlo y descubrir a sus compañeros de partido político. Lo notaba en las miradas y gestos de casi cualquier deconocido que tuviera a su lado, y que pensaba que era policía.

También creía que sus compañeros de partido "ya lo habían notado" y, por tanto, lo consideraban un traidor vendido a la policía, así que también lo seguían y vigilaban.

Eso le llevaba a un estado de gran agitación motriz, ya que no sabía quién lo vigilaba y por qué, con cierto grado de confusión mental.

Pese a la plausibilidad de estas ideas, tanto su novia como sus compañeros desmintieron que fueran ciertas (ni las unas ni las otras) y se mantuvieron firmes en el apoyo a su compañero.

Tras tres semanas de tratamiento con neurolépticos, su delirio cedió totalmente, y el paciente hizo una buena crítica de estas ideas e inició el proceso de tratamiento y recuperación de sus otras heridas psicológicas.

1.3.3. Subtipos

Según el DSM, se describen básicamente tres subtipos diferentes:

1) *Con desencadenante grave*. La sintomatología aparece claramente vinculada a la presencia en la persona de un acontecimiento vital que su cultura considera como un estrés de suficiente entidad. Lo más característico suele ser situaciones de guerra y conflicto, desastre natural o tecnológico o ser víctima de agresión en sus múltiples formas. Éste es el subtipo más característico de este trastorno, hasta el punto de que el DSM-III lo denominaba *psicosis reactiva breve*, queriendo remarcar la idea de que se trataba básicamente de una *reacción* a acontecimientos extremos.

2) *Sin desencadenante grave*. La sintomatología no aparece claramente vinculada a desencadenantes graves. A veces, aparece relacionada con desencadenantes que no se pueden considerar como graves para la mayoría de las personas de la misma la edad y situación del paciente, por ejemplo en el contexto del servicio militar o estrés laboral, y otras veces el trastorno se presenta sin que esté aparentemente vinculado a nada.

3) *De inicio en el posparto*. Con inicio a las cuatro semanas siguientes al parto. Cuando se da esta situación, el cuadro suele cursar con agitación, confusión mental y conductas desorganizadas, y viene a sustituir a la antigua psicosis puerperal.

1.4. Trastorno psicótico compartido

Ésta es la denominación que ha acabado adquiriendo un trastorno descrito por la Psicopatología francesa en el siglo XIX en Francia (*fólie a deux*), que hace

referencia a una situación en la que un sistema de ideas delirantes es compartido entre dos o más personas. Esto significa que el grupo o las personas que comparten el delirio creen firmemente en las ideas expresadas durante el delirio y se muestran irreductibles a cualquier argumentación. Este último aspecto es importante, ya que en este poco frecuente trastorno se diferencia entre la persona que se sospecha que ha sido "contagiada", pero de quien no sale la idea delirante, y el interés "inductor" o el "caso primero", a quien se considera propiamente el enfermo y de quien ha salido la ideación delirante.

Hay que tener en cuenta la importancia del contacto entre el "inductor" y los "contagiados", ya que parece que constituye el factor fundamental en el mantenimiento del sistema delirante. Así pues, se requiere que las personas afectadas mantengan una relación íntima con el inductor y que estas relaciones se desarrollen en un contexto físico y social muy restringido, con poca afluencia de información externa ajena a la pareja o el grupo enfermo.

Se cree que la citada falta de información ajena al propio delirio imposibilita que la persona inducida pueda contrastar la veracidad o no de las creencias delirantes y, por lo tanto, contribuya a mantenerlas, sobre todo cuando se suele observar una relación de fuerte dependencia afectiva y emocional entre las personas que comparten el delirio, con prevalencia del inductor sobre los demás.

Las posibilidades de combinación en este trastorno son variadas. Generalmente, se observa en el seno de parejas (marido/mujer, hijo/madre, etc.) con vínculo familiar directo y con una relación fuertemente simbiótica con sentimientos de dependencia o también miedo hacia el miembro enfermo (inductor). Sin embargo, también es posible observarlo en todo un sistema familiar (padres e hijos) e incluso, aunque con menos frecuencia, en grupos sociales más extensos.

En cierto modo, el mecanismo de mantenimiento de la creencia en las sectas es muy parecido: una relación de fuerte dependencia con un líder y un aislamiento del mundo exterior (tanto físico como social) que impide contrastar la información dada por éste con datos objetivos, lo cual lleva a la firme creencia libre de crítica en sus ideas y palabras.

En este trastorno, la persona inductora suele cumplir criterios diagnósticos de trastorno esquizofrénico o trastorno delirante, mientras que las personas inducidas no son propiamente enfermos psicóticos. De hecho, cuando se diagnostica un trastorno psicótico compartido la primera medida terapéutica consiste

en separar a las personas que comparten el delirio. Mientras que al inductor no se le observa ningún cambio, en el inducido, que ahora tiene acceso a otras fuentes de información, se observa una rápida recuperación con pronta crítica de las ideas delirantes que ahora percibe como absurdas.

Ejemplo

Una mujer de veinticuatro años de edad que se preparaba para dedicarse al teatro fue denunciada por su profesor de interpretación, ya que éste era objeto de una persecución por su alumna desde hacía cinco meses. La persecución incluía desde llamadas a cualquier hora del día a esperarlo en el rellano de su casa para golpearlo por sorpresa o aparecer en cualquier lugar público donde él estuviese, y denunciaba a gritos sus excesos hacia ella.

La paciente fue ingresada por orden judicial, y durante la entrevista de ingreso describió cómo su profesor la "había seducido" con las palabras y gestos que hacía en clase, y que ella interpretaba como directamente dirigidos a ella con esa finalidad. Aunque nunca habían tenido relaciones sexuales, ni siquiera una mínima conversación que pudiera calificarse de íntima, estaba firmemente convencida del amor que su profesor sentía por ella, hasta el día que lo vio con una mujer.

Comunicó su despecho y sus celos a sus padres, que, firmemente convencidos de la versión de su hija, intentaron hablar con el profesor para "aclarar las cosas". Pero no sólo no quedaron convencidos con las explicaciones de él, sino que creyeron firmemente en los detalles cada vez más escabrosos que daba la hija de "su relación" y de su agravio, y finalmente la animaron a buscar la justicia por su mano.

Los padres eran unas personas de muy bajo nivel cultural, con muy poca relación social y tenían idealizada a su hija, a la que consideraban "la triunfadora" de la familia por sus estudios. Ésta ejercía una notable influencia sobre ellos, hasta el punto de imponerles ciertas normas y formas de vida, como con quién tenían que hablar y con quién no.

Después de la segunda semana de ingreso de la hija, los padres empezaron a sospechar de su versión de los hechos y a plantearse la posibilidad de que tuviera algún tipo de problema.

1.5. Otros trastornos psicóticos

En la Psicopatología del siglo XX, se ha descrito una serie de cuadros psicóticos fuera de las clasificaciones oficiales (DSM e ICD), que la tendencia actual

tiende a ignorar o a considerar que se pueden incluir en los trastornso psicóticos "oficiales" (esquizofrenia y trastornos delirantes). No obstante, consideramos que por cultura psicopatológica el estudiante tiene que conocer al menos la denominación y conceptualización de estos otros trastornos.

1.5.1. Parafrenias

Se trata de un cuadro psicótico situado en la zona intermedia entre la esquizofrenia y la paranoia. A veces, este trastorno se ha denominado delirio fantástico o de imaginación. La clave diagnóstica reside en la presencia de ideas delirantes con un contenido muy fantástico e imaginativo.

Al contrario que la esquizofrenia, a menudo aparece a partir de los 40 años hasta la vejez, de manera que en los últimos años recibe el nombre de esquizofrenia de inicio tardío.

1.5.2. Delirio sensitivo-paranoide de Kretschmer

Representa que el delirio sensitivo-paranoide de Kretschmer se organiza a partir de la personalidad sensitivo-paranoide. El paciente se presenta como tímido, sensible, a menudo ansioso y con vacilaciones y dudas, y muy sensible especialmente a las reacciones de los demás, que suele valorar como humillantes.

En algunas ocasiones, ante fuertes presiones ambientales o fracasos y decepciones, tiene lugar una reacción de delirio de relación en la que el sujeto tiene la vivencia de ser el centro de un proceso que lo enreda y lo amenaza.

1.5.3. Psicosis alucinatoria crónica

Este trastorno descrito en la tradición francesa se caracteriza por un cuadro en el que se presentan intensas alucinaciones que producen interpretaciones delirantes del enfermo. Se observa generalmente después de los 35 años.

En este trastorno, las alucinaciones son constantes, de naturaleza auditiva preferentemente, y el delirio se forma con una temática de persecución. El curso es crónico y nunca se produce una remisión absoluta.

1.5.4. Síndrome de Capgras (síndrome del impostor o ilusión del doble o sosia)

En este trastorno, el enfermo cree que él mismo o una persona de su círculo social han sido sustituidos por un doble exacto que lleva a cabo conductas encaminadas a perjudicarle o a despistarlo.

1.5.5. Síndrome de Cotard (delirio de negación)

Este síndrome se caracteriza porque los pacientes se quejan no sólo de haber perdido sus posesiones, estatus y poder, sino también partes de su cuerpo como el corazón, su sangre, los intestinos e, incluso, estar muertos.

Se observa con mucha frecuencia en pacientes bipolares durante la fase depresiva.

1.5.6. Síndromes psicóticos determinados culturalmente

Se acepta la existencia de una amplia gama de síndromes psicóticos que se observan únicamente en unos contextos culturales determinados. En general, estos síndromes poseen una difícil adscripción diagnóstica oscilante entre el delirio sistemático, la esquizofrenia y reacciones histéricas disociativas.

Estos síndromes también conducen al problema del peso específico de los factores culturales en la etiología y etiopatogenia de la psicosis. En general, se acepta la posición de que representan la tendencia general de la especie a presentar determinadas enfermedades mentales (esquizofrenia, delirios, etc.), que adquieren diferenciación y especificidad cultural e, incluso, histórica en contextos concretos. Equivaldría a plantear que la estructura (presencia de psicosis) es

estable en toda la especie, pero la forma y el contenido pueden venir marcados culturalmente. No obstante, a medida que se observa mayor uniformidad cultural en el planeta, también hay más uniformidad en las formas de psicosis.[12]

1.6. Psicosis. Diagnóstico diferencial (dd)

Los trastornos psicóticos se tienen que diferenciar en cinco contextos claros:

1) De las otras enfermedades y trastornos mentales no psicóticos
2) De los síndromes psicóticos con origen claramente en una enfermedad médica
3) De las psicosis tóxicas
4) De los trastornos bipolares
5) Diferenciación entre esquizofrenia y trastorno delirante

1.6.1. DD de la psicosis con otras enfermedades y trastornos no psicóticos

Posiblemente, en el contexto clínico se es mucho más restrictivo para el diagnóstico de psicosis en los adultos que en los niños. Respecto a los primeros, actualmente, tal y como remarca el DSM-IV, se entiende por psicosis la presencia confirmada en el paciente de sintomatología psicótica positiva, alucinaciones y delirios fundamentalmente y, en menor medida, trastornos formales del pensamiento. En nuestra opinión, sólo se tiene que diagnosticar psicosis bajo esta condición. Esto no prejuzga el trastorno psicótico concreto ni el subtipo, etiología y origen del cuadro.

12. Una buena revisión respecto a estos síntomas está en el texto de Swanson (1974). *El mundo paranoide*. Ed. Labor. También hay que consultar el apéndice J del DSM-IV, "Guía para la formulación cultural y glosario de síndromes dependientes de la cultura".

1.6.2. DD de la psicosis con los síndromes psicóticos con origen claramente en una enfermedad médica

Prácticamente todas las enfermedades médicas de origen cerebral y una cantidad importante de otras enfermedades médicas pueden cursar con sintomatología psicótica. En todas, el dd se lleva a cabo según la asociación clara de un desencadenante médico en el origen de la sintomatología psicótica. Entre las condicionas más frecuentes, hallamos:

- Enfermedad de Alzheimer.
- Demencias secundarias (parálisis general progresiva, corea de Huntington, etc.).
- Epilepsia del lóbulo temporal.
- Tumores prefrontales y subcorticales (sistema límbico).
- Traumatismos craneoencefálicos.
- Cuadros alcohólicos, en todas sus formas clínicas. Intoxicación alcohólica, borrachera patológica, delirio, estados paranoides alcohólicos (celotipía y alucinosis alcohólica) y deterioro alcohólico.
- Trastornos endocrinos y metabólicos como hipotiroidismo, hipertiroidismo, enfermedad de Addison, síndrome de Cushing, hipopituitarismo, paciente urémico, pelagra y anemia perniciosa.

1.6.3. DD de la psicosis con la psicosis tóxica

El diagnóstico diferencial entre un cuadro psicótico inducido por el uso de sustancias (cocaína, anfetaminas, LSD, cannabis, etc.) y una psicosis esquizofrénica o trastorno delirante puede llegar a ser extremadamente difícil, ya que ambas situaciones suelen superponerse: existe una tendencia entre los enfermos graves a consumir estas sustancias, posiblemente porque calman el sufrimiento psicológico asociado a sus síntomas. En sujetos con riesgo de desarrollar trastornos esquizofrénicos, el uso de algunas sustancias, especialmente las activadoras del sistema nervioso (anfetaminas, cocaína) y alucinógenas pueden desencadenar la enfermedad.

En principio, la suspensión de la sintomatología después de unas horas o días induce a pensar en una psicosis tóxica. Para efectuar el diagnóstico diferencial de una manera más precisa, podéis consultar la tabla de Jarne (2000, p. 434).

1.6.4. DD de la psicosis con el trastorno bipolar

El dd con los trastornos de la afectividad que cursan con síntomas psicóticos (tipo maníacos y tipo depresivos) se establece a partir de la convicción por parte del clínico del hecho de que los síntomas psicóticos se presentan posteriormente a la sintomatología del estado de ánimo (tristeza y alegría patológica como base de los otros síntomas), y con congruencia en la temática con la citada sintomatología. En las fases depresivas y en los episodios depresivos mayores, las ideas delirantes adoptan la temática de culpa, ruina y muerte; en las fases maníacas, de grandeza, invención y megalómana.

1.6.5. DD entre la esquizofrenia y los trastornos delirantes

A pesar de su proximidad sintomatológica, el dd entre estos dos trastornos no suele ofrecer ninguna dificultad para el clínico algo experimentado. Sobre todo se basa en tres ítems:[13]

1) La ausencia en los trastornos delirantes de sintomatología psicótica propiamente esquizofrénica, principalmente alucinaciones, trastornos formales del pensamiento, emociones desorganizadas y comportamientos catatónicos. El trastorno delirante cursa en torno a ideas delirantes.

2) La estructura diferenciada entre las ideas delirantes en la esquizofrenia y en los trastornos delirantes. La idea genérica es que en el trastorno delirante las ideas delirantes se construyen como un sistema con coherencia interna, bien ancladas en la realidad del sujeto y que no invaden otros aspectos de la vida del

13. Se recomienda consultar la tabla 475 del texto de A. Jarne y T. Talarn (2000). *Manual de Psicopatología Clínica*. Barcelona: Paidós, para obtener una visión de conjunto de los items clínicos diferenciales entre ambos trastornos.

enfermo, mientras que en los trastornos esquizofrénicos las ideas delirantes tienden a ser incoherentes, extrañas, fragmentadas y con repercusiones sobre el global de la vida del enfermo.

3) En la esquizofrenia se da tendencia al deterioro social y cognitivo del enfermo, con su lógica repercusión sobre su capacidad de autonomía y actividades de la vida diaria (AVD). En los trastornos delirantes, la patología se circunscribe a las temáticas relacionadas con las ideas delirantes. Fuera de estas áreas, el enfermo puede hacer una vida relativamente normalizada y, por descontado, sin merma de sus AVD.

2. Los trastornos del estado de ánimo

2.1. Generalidades

2.1.1. Concepto

Los trastornos del estado de ánimo se relacionan con perturbaciones patológicas de la afectividad. Incluyen todos aquellos trastornos que poseen como característica principal una alteración del humor o del afecto, tanto si es en el sentido de la depresión como en el sentido de la manía. Esta alteración va acompañada de otros síntomas secundarios en el cambio de humor. Todos provocan una grave alteración del funcionamiento social y laboral de la persona que los presenta.

Eutimia, tristeza y euforia

En el transcurso del día, el ser humano mantiene cierto tono vital que en situación de normalidad se denomian eutimia. Si representamos gráficamente el estado de ánimo eutímico, el perfil resultante no sería una línea plana, sino una línea con subidas y bajadas: las subidas reciben el nombre de euforia y las bajadas, tristeza. La euforia o alegría y la tristeza forman parte de nuestros sentimientos y expresan la riqueza emocional del ser humano. Cuando la euforia

pasa a ser patológica, la eutimia se transforma en manía, y cuando la tristeza es patológica, entonces hablamos de depresión. Además, manía y depresión pueden alternarse en un mismo individuo.

Podemos preguntarnos cuándo traspasa la tristeza la línea de la "normalidad" y se convierte en depresión y lo mismo en cuanto a la euforia o la manía. En general, siempre que la reacción afectiva sea adecuada al estímulo que la origina, tenga una duración breve y sin repercusiones notables en las áreas social, laboral o somática, la consideraremos dentro de la normalidad. Es decir, la reacción afectiva tiene que estar justificada cuantitativa y cualitativamente por el estímulo que la origina. Por ejemplo, tras la muerte de una persona querida, el sujeto puede presentar síntomas que también se dan en una depresión real como cierto aislamiento social, pérdida de apetito, llantos, etc., pero que constituyen una respuesta que se explica por la nueva situación. Con relación a la euforia, podemos decir lo mismo: después de recibir un éxito profesional, es posible que nos sobrevaloremos y aumente nuestra autoestima.

2.1.2. Factores que afectan al estado de ánimo

El estado de ánimo puede verse afectado por muchos factores, como por ejemplo:

1) *Personalidad de base*. Con una relativa independencia de los factores externos, el estado de ánimo de determinadas personas tiende a mantenerse alto, jovial; son personas con iniciativa, vitales, optimistas. En cambio, hay otras que presentan un estado de ánimo más bien bajo, de cierta tristeza y pesimismo. Finalmente, hay otras cuya tendencia es variar de estado de ánimo con gran facilidad.

2) *Factores externos*. Resulta evidente que las condiciones personales, sociales, económicas, etc. poseen una gran influencia en nuestro estado de ánimo.

3) *Ritmos circadianos y cambios estacionales*. Cada persona posee un ritmo vital que le hace variar su estado de ánimo a lo largo del día y también del año, independientemente de otros factores. Así, por ejemplo, si una persona tiene un ritmo matutino, en las primeras horas del día se notará más vital, con más energías, y a medida que avance la tarde, notará cierto descenso. Observaremos lo contrario en aquellas otras personas que prefieren concentrar su actividad inte-

lectual, social, etc. en las últimas horas del día, por la noche. Por otra parte, la primavera acostumbra a ser, en general, una estación de cierta euforia. También los cambios climatológicos afectan a nuestro estado de ánimo (como curiosidad, debemos decir que en países donde el viento sopla fuerte se han observado correlaciones significativas entre aumento de la fuerza del viento y el número de suicidios).

2.1.3. Aproximación histórica

Los trastornos del ánimo están descritos desde la Antigüedad. Los primeros intentos para explicarlos científicamente se remontan a Hipócrates (siglo IV a.C.). Este autor explica la melancolía –término con el cual designa los estados de abatimiento, inhibición y tristeza– por desequilibrios en la secreción de la bilis negra o bien por una mala combustión en el organismo de dicha sustancia.

Esta explicación humoral de los trastornos afectivos se mantendrá prácticamente intacta en la medicina occidental hasta el siglo XIX.

El cambio conceptual lo marcó el psiquiatra alemán Emil Kraepelin cuando en su sexta edición de su manual de Psiquiatría (1896) diferenció la demencia precoz de la psicosis maníaco-depresiva. De esta manera, Kraepelin separaba el grupo de las esquizofrenias del grupo de los trastornos de la afectividad, aunque, según palabras del propio autor, la psicosis maníaco-depresiva era una categoría extremadamente amplia que incluía "todos los casos de excesos en la afectividad". Este autor reservaba el término melancolía para hacer referencia a las depresiones que se presentaban en la senectud.

Para Kraepelin, las causas de la psicosis maníaco-depresiva eran innatas e independientes de causas sociales o psicológicas. Sin embargo, ésta era una posición que muchos autores de la época no compartían, como por ejemplo Freud o Meyer.

Asimismo, a lo largo del siglo XIX se empieza a introducir el término depresión como etiqueta diagnóstica, aunque el de melancolía sigue siendo el más utilizado. A principios del siglo XX, el nuevo término se difundirá ampliamente.

La aparición de la tercera edición del DSM fue importante porque los diferentes trastornos de la afectividad aparecen todos recogidos en una misma sec-

ción del manual, y no repartidos en el grupo de las neurosis o de las psicosis en función de la gravedad de sus síntomas, como había ocurrido hasta entonces.

- Los trastornos del estado de ánimo incluyen todos aquellos trastornos que presentan como característica principal una alteración de la afectividad.
- El estado de ánimo se ve afectado por la personalidad de base, por condicionantes externos, por los ritmos circadianos y por cambios estacionales.
- Los trastornos afectivos son unos de los más descritos a lo largo de la historia. Hitos importantes fueron la diferenciación entre la demencia precoz y la psicosis maníaco-depresiva realizada por Kraepelin, así como la reagrupación de todos los trastornos afectivos en una misma sección a partir del DSM-III.

2.2. Clasificación

A lo largo de la historia ha habido diversas clasificaciones en cuanto a los trastornos del estado de ánimo. Seguramente, uno de los cambios más significativos fue el introducido por el DSM-III cuando aglutinó todos los trastornos afectivos en un mismo grupo, puesto que hasta entonces dichos trastornos se clasificaban como trastornos psicóticos o neuróticos según la gravedad del cuadro clínico.

2.2.1. Dicotomías clásicas

Desde el tiempo de Kraepelin, se han sugerido muchas maneras de dividir los trastornos afectivos. Aunque actualmente algunas de estas dicotomías están en desuso, hay que conocerlas, ya que han tenido su importancia desde el punto de vista histórico y porque todavía se pueden encontrar en la bibliografía sobre el tema. Nos estamos refiriendo a los binomios psicótico-neurótico, endógena-reactiva y unipolar-bipolar.

1) Depresiones psicóticas frente a depresiones neuróticas

En teoría, el binomio psicótico-neurótico se basa en la gravedad sintomatológica. En general, se ha hablado de depresiones psicóticas como aquellas depresiones endógenas graves o que cursan con alucinaciones y/o delirios, en contraposición

a las depresiones neuróticas que son menos graves o se asocian a trastornos de personalidad, pero que nunca cursan con presencia de síntomas psicóticos.

Fijaos en que en esta clasificación los diferentes trastornos del estado de ánimo no forman una unidad, sino que quedan "repartidos" en el grupo de las neurosis o de las psicosis. Esta división clásica de la Psicopatología en trastornos psicóticos y neuróticos se ha dejado bastante de lado actualmente, o como mínimo con su sentido original, debido a la extrema ambigüedad de los términos psicosis y, especialmente, neurosis.

Hoy día, se conserva el término psicótico como especificación que se puede hacer al estudio depresivo en el caso de presencia de alucinaciones o delirios, pero no como un tipo de trastorno depresivo.

2) Depresiones endógenas frente a depresiones reactivas

Con cierto paralelismo con la distinción anterior, otros autores han diferenciado entre depresión endógena y depresión reactiva. Esta división la originó, en parte, la contraprosición de la visión freudiana a la kraepeliniana: ambos autores describieron tipos diferentes de trastornos afectivos, seguramente fruto de las diferencias en su práctica clínica (de consulta privada, el primero; y de hospital psiquiátrico, el segundo).

La depresión endógena se perfilaría como un tipo de depresión caracterizado por una personalidad premórbida adaptada, sin factores ambientales desencadenantes, tristeza profunda, presencia de síntomas somáticos y buena respuesta al tratamiento medicamentoso. En cambio, en la depresión reactiva o exógena se evidencian factores desencadenantes ambientales o de origen psíquico (por ejemplo, un duelo mal resuelto) y respuesta más pobre a la terapéutica biológica. Actualmente, el uso de estos términos se halla en un proceso de fuerte regresión.

La distinción endógena/no endógena (dejando fuera el término reactivo) todavía se utiliza hoy día en ciertos contextos clínicos y de investigación: se denomina *depresión endógena* aquella depresión en la que predomina la sintomatología vegetativa (pérdida de peso, insomnio, inhibición motriz, etc.) en detrimento de los síntomas afectivos y cognitivos.

3) Depresiones unipolares frente a depresiones bipolares

También se ha diferenciado entre formas unipolares y bipolares de la depresión, dependiendo de si además de episodios depresivos, la persona también presenta antecedentes de episodios maníacos.

Ésta es una diferencia que se sigue conservando, pero con nuevos matices: ya no se habla de depresiones unipolares o bipolares, sino de trastornos depresivos (unipolares) y trastornos bipolares. Los trastornos bipolares se caracterizan por la presencia de fases de euforia patológica acompañadas, usualmente, de episodios depresivos.

2.2.2. Los trastornos del estado de ánimo en el DSM-IV y en la CIE-10

El DSM-IV utiliza la denominación *trastornos del estado de ánimo* para hacer referencia a este grupo nosológico, mientras que la CIE-10 utiliza la expresión *trastornos del humor* (afectivos).

El DSM-IV clasifica los trastornos del estado de ánimo en:

- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno distímico
- Trastorno depresivo no especificado
- Trastorno bipolar I
- Trastorno bipolar II
- Trastorno ciclotímico
- Trastorno bipolar no especificado
- Trastorno del estado de ánimo a causa de una enfermedad médica
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias
- Trastorno del estado de ánimo no especificado

Además, diferencia entre trastorno y episodio. El *episodio* se refiere a la sintomatología actual que presenta el paciente. Así, se han descrito cuatro clases de episodios afectivos: episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco. El término *trastorno* es más amplio que el de episodio, al que incluye, y tiene en cuenta la evolución del paciente, y no sólo su actual sintomatología. Por ejemplo, actualmente un paciente puede mostrar un episodio depresivo mayor, pero si en su historia clínica se constata la presencia

de episodios hipomaníacos, el trastorno que presentará el paciente será trastorno bipolar II aunque en el momento actual se encuentre en la fase depresiva.

La CIM-10 clasifica los trastornos del humor (afectivos) en las categorías siguientes:

- Episodio maníaco
- Trastorno bipolar
- Episodios depresivos
- Trastorno depresivo recurrente
- Trastorno del humor (afectivo) persistente
- Trastorno ciclotímico
- Otros trastornos del humor (afectivos)
- Trastorno del humor (afectivo) sin especificación.

Nosotros, en general, adoptaremos la terminología del DSM-IV, ya que, repetimos, es la más utilizada actualmente tanto en la diagnosis clínica como en investigación.

En los subapartados siguientes describiremos la clínica, el curso y el pronóstico de los trastornos que vemos a continuación:

1) Trastorno depresivo mayor
2) Trastorno distímico
3) Trastornos bipolares: trastorno bipolar I, trastorno bipolar II y trastorno ciclotímico
4) Trastorno afectivo estacional
5) Depresión posparto
6) Depresiones enmascaradas

- Diferenciaciones clásicas de la depresión han sido psicótica/neurótica, endógena/reactiva y unipolar/bipolar.
- Las clasificaciones modernas ya no utilizan estas distinciones, a excepción de trastornos depresivos / trastornos bipolares.

2.3. Trastorno depresivo mayor

2.3.1. Aspectos clínicos

La sintomatología propia de este trastorno es la siguiente:

1) Afectividad

a) Tristeza profunda y persistente sin causa aparente. El individuo triste se siente desolado, desanimado y abatido. En el caso de niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser de irritabilidad.

b) Sentimientos inadecuados de inutilidad, culpa o pecado. Estos sentimientos se pueden presentar en forma de autoacusaciones más o menos moderadas hasta auténticos delirios (a menudo, ideas delirantes de culpa, de enfermedad o de ruina económica).

2) Contenido del pensamiento

Está marcado por la baja autoestima, las cogniciones son de carácter pesimista sobre uno mismo y sobre el futuro: pensamientos de autoculpación, de futuro desesperanzador. El paciente depresivo suele pensar en la muerte y en la posibilidad de matarse. Esta ideación de suicidio se puede presentar en diferentes grados:

a) Pensamiento abstracto sobre la muerte como estado deseable.

b) Concreción de esta abstracción en la propia persona.

c) Valoración de la posibilidad de suicidio.

d) Ambivalencia respecto al suicidio. Se piensa en ello, pero también hay temor porque se llegue a llevar a cabo.

e) Recopilación de información. El paciente se muestra muy receptivo a los términos de muerte y suicidio.

f) Reflexión sobre cómo llevarlo a cabo.

g) Resolución. Cuando, por fin, el paciente decide pasar a la acción. Puede coincidir con una mejora aparente producida porque el sujeto piensa que el fin de su sufrimiento ya está cerca.

En la exploración clínica, hay que averiguar en qué momento de ideación de suicidio se halla el paciente para tomar las medidas profilácticas adecuadas (co-

mo, por ejemplo, un internamiento). El trastorno depresivo mayor comporta un elevado riesgo de suicidio,[14] especialmente cuando el curso es crónico o ha habido muchas recaídas.

3) Curso del pensamiento

Se observa bradipsiquia (lentitud de los procesos mentales). El individuo relata dificultades para pensar, concentrarse y tomar decisiones. La memoria y la atenció también están alteradas.

4) Lenguaje

El habla se vuelve lenta, reflejo de las dificultades de pensamiento y de concentración. Puede haber grandes dificultades para mantener una conversación.

5) Conducta

Clásicamente, se ha hablado de anhedonismo (disminución en la capacidad de disfrutar). Disminución o pérdida de interés y placer por actividades y relaciones interpersonales con repercusiones importantes en el área de los estudios y laboral. El aspecto físico y de higiene puede descuidarse.

6) Motricidad

Se observa una ralentización psicomotriz, que en casos extremos se denomina estupor depresivo caracterizado por un mutismo y una parálisis motriz casi total. Es menos frecuente la presencia de agitación.

7) Síntomas físicos

a) Insomnio de segunda hora: despertar precoz (entre las 4 y las 6 de la madrugada), con imposibilidad de volver a conciliar el sueño y a menudo acompañado de pensamientos negativos. Aunque no es tan característico, en algunos pacientes se presenta hipersomnia.

b) Pérdida importante de peso por dismunición del apetito (es más extraño, pero también puede tener lugar un aumento del hambre).

---

14. Hay diferencias en la manera de suicidarse según el sexo y el medio. Los hombres suelen escoger métodos *duros* como colgarse, pegarse un tiro, tener un accidente de tráfico, etc.; mientras que las mujeres emplean mayoritariamente métodos *blandos*, como son la ingestión de fármacos. Por otro lado, los métodos duros son más habituales en el medio rural y los blandos en el urbano.

c) Disminución de la líbido.

d) Experiencia subjetiva de fatiga y pérdida de energía. La persona relata que no tiene fuerzas para realizar sus actividades cotidianas o que tiene que hacer un gran esfuerzo.

8) Más raramente, *presencia de alucinaciones*, que suelen ser auditivas y congruentes con los temas depresivos, como voces acusatorias o visiones de familiares muertos.

Cuando en la exploración clínica se constata la presencia de alucinaciones y/o ideas delirantes, el DSM-IV propone la especificación "grave con síntomas psicóticos" en el diagnóstico de trastorno depresivo mayor.

Es normal que tenga lugar un empeoramiento matutino y una leve mejora de los síntomas por la noche. Igualmente, en otoño e invierno se tiende hacia una agudización de los síntomas.

2.3.2. Curso y pronóstico

La edad de inicio de este trastorno puede ser cualquiera. Las tasas más altas de presentación se observan entre los 25 y los 44 años, siendo la edad media de presentacion de 35 años, aunque en los últimos años se observa una disminución en la edad de inicio del primer episodio.

Con cierta frecuencia, especialmente en el caso del primer episodio, la sintomatología se produce después de un estrés psicosocial grave, como puede ser la muerte de una persona querida.

En la gran mayoría de los casos (80-90% de los episodios), se observa una remisión completa de los síntomas con una vuelta a los niveles premórbidos de funcionamiento. Si no se observan periodos de recuperación, consideraremos el episodio de curso crónico (dos años o más con persistencia de los síntomas). Normalmente, la cronificación se asocia al hecho de que se ha tardado demasiado en buscar ayuda profesional.

La duración del episodio no tratado acostumbra a ser de entre 6 y 9 meses. A veces, antes de la explosión de la sintomatología característica puede haber un periodo prodrómico con síntomas ansiosos y depresivos leves durante semanas o meses.

El curso del trastorno es variable. Más de la mitad de las personas que han presentado un episodio depresivo mayor volverán a presentar otro en el futuro. Con la aparición de un nuevo episodio, aumentan las posibilidades de presentar otro; pero a medida que pasa el tiempo sin que haya recaídas, la probabilidad de aparición de un nuevo episodio disminuye.

El número medio de episodios que sufrirá una persona con trastorno depresivo mayor a lo largo de su vida será de entre cuatro y cinco episodios.

- La clínica del trastorno depresivo mayor incluye manifestaciones afectivas, cognitivas, comportamentales y físicas.
- La edad característica de aparición es a los 35 años.
- El curso del trastorno es variable; lo normal es que se presenten entre cuatro y cinco episodios en toda la vida.

2.4. Trastorno distímico

La tercera edición del DSM introdujo por primera vez el término trastorno distímico en sustitución de los conceptos neurosis depresiva y personalidad depresiva.

Estos dos cuadros describen estados depresivos prolongados, prácticamente crónicos, que, sin cumplir los criterios para ser un trastorno depresivo mayor, se caracterizaban por la presencia de síntomas depresivos.

Hasta entonces, el término distimia había recibido significados muy diferentes; desde un punto de vista etimológico, *distimia* hace referencia a toda disfunción del humor. Clásicamente, se denominaba distímico al individuo cuyo humor era cambiante y variable. También se había utilizado el término para describir los trastornos del humor en personas epilépticas (distimias epilépticas), antes de que surgiesen las clasificaciones modernas de la epilepsia.

2.4.1. Aspectos clínicos

Los síntomas más característicos son los siguientes:

1) Afectividad

El estado de ánimo esta crónicamente deprimido (según el DSM-IV, dos años como mínimo), pero más que la tristeza vital que se observa en el depresivo ma-

yor, la sensación en este caso es de malestar psicológico y desesperanza por la vida y por el futuro.

2) Cognición

a) Atención: dificultades de concentración y de toma de decisiones en la vida cotidiana.

b) Contenido del pensamiento: pueden aparecer ideas de muerte, pero raramente se concretan en actos. No se suele pasar de la segunda fase de ideación de suicidio.

3) Motricidad

No se observa inhibición motriz, sino más bien apatía o falta de energía, pero normalmente el individuo puede hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana.

4) Síntomas físicos

a) Puede haber insomnio inicial o de primera hora (igual que en los trastornos de ansiedad) y despertares frecuentes. Es menos habitual la hipersomnia.

b) Puede aparecer pérdida o aumento de apetito.

5) Suele aparecer la *ansiedad*.

No se acostumbran a observar variaciones diurnas en el estado de ánimo; aunque si es el caso, siguen el patrón ansioso (se sienten mejor por la mañana).

Nunca aparecerán ideas delirantes o alucinaciones.

2.4.2. Curso y pronóstico

La edad de inicio suele ser al principio de la segunda década de vida y la forma de inicio es insidiosa.

A pesar de que el curso es crónico –según DSM-IV, los síntomas han tenido que mantenerse al menos durante dos años para que se pueda realizar este diagnóstico–, en general los afectados tienen días o semanas que dicen que se encuentran bien, pero durante la mayor parte del tiempo se sienten cansados y deprimidos.

2.4.3. Características clínicas asociadas al trastorno depresivo mayor y al trastorno distímico

A grandes rasgos, el trastorno distímico comparte una sintomatología parecida a la del trastorno depresivo mayor, pero se diferencia de éste porque los síntomas son menos graves y más sostenidos en el tiempo, por la presencia de ansiedad, porque hay más heterogeneidad en la presentación y por su curso crónico.

Una de las pruebas ya clásicas que avalan la existencia de estos dos tipos de depresión es el test de supresión por la dexametasona. Se trata de una prueba neuroendocrina que consiste en inyectar dexametasona (cortisol sintético). En condiciones normales, las glándulas suprarrenales segregan cortisol en la sangre según las órdenes del complejo hipotálamo-hipofítico. Cuando hay en la sangre una alta concentración de cortisol, las glándulas suprarrenales dejan de segregar, y cuando la concentración es baja, se observa lo contrario. En situación normal, la administración de 1 mg de desametasona produce una supresión de la excreción de cortisol durante veinticuatro horas. Esta respuesta de normalidad está alterada en la mayoría de pacientes depresivos mayores, que no detienen la secreción de cortisol, a diferencia de los sujetos distímicos, que responden bajando sus niveles de segregación. Ello ha sugerido la hipótesis de que hay hiperactivación del eje hipotálamo-hipofícito-suprarrenal en los sujetos depresivos mayores. De todos modos, esta prueba no es totalmente fiable, ya que da falsos negativos y falsos positivos tanto en personas con algún tipo de depresión como en personas sin este diagnóstico. Tampoco es un marcador biológico perfecto, ya que sujetos ansiosos y maníacos dan la misma respuesta que los depresivos mayores.

Aparte de estas diferencias, hay otras características clínicas asociadas que los diferencian. Las recogemos en la tabla 2.5:

Tabla 2.5. Características clínicas asociadas al trastorno depresivo mayor y al trastorno distímico

	Trastorno depresivo mayor	Trastorno distímico
Personalidad premórbida	Poco neurótica	Neuroticismo y ansiedad elevados
Presencia de antecedentes familiares	Observados muy a menudo	Menos frecuentes
Tipo de inicio	Brusco	Insidioso

	Trastorno depresivo mayor	Trastorno distímico
Edad de inicio	35	20
Curso	Fásico	Crónico
Pronóstico	Favorable	Menos favorable
Respuesta a la psicofarmacología	Positiva	Variable

- El trastorno distímico se caracteriza por presentar una sintomatología más leve que la del trastorno depresivo mayor.
- La edad de inicio se encuentra en torno a los 20 años y el curso del trastorno es crónico por definición.
- Hay una serie de características clínicas que permiten perfilar mejor las diferencias entre el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico.

2.5. Trastornos bipolares (a)

2.5.1. Algo de historia...

Los trastornos bipolares son unas de las entidades clínicas más descritas en la Psicopatología. Por ejemplo, Areteo de Capadocia (siglo II a.C.) ya documentó casos de agitación maníaca y de inhibición alternantes en una misma persona. Destaca históricamente Kraepelin, en el siglo XIX, como el introductor del termino psicosis maníaco-depresiva. Sin embargo, este término no es totalmente equivalente al más moderno de trastorno bipolar, dado que la psicosis maníaco-depresiva incluía no sólo cuadros bipolares, sino también algunas formas de depresión y de psicosis. El término ha desaparecido en las clasificaciones actuales, pero todavía perdura su "popularidad" entre la gente de la calle.

En 1957, Leonhard observa dos tipos de depresión endógena: formas en las que sólo hay antecedentes de fase melancólica, las depresiones unipolares, y formas en las que hay antecedentes de manía, las depresiones bipolares.

En el año 1975, Fieve y Dunner introdujeron una triple división en los trastornos bipolares según la gravedad de los episodios de euforia y los denominaron *trastorno bipolar I*, *trastorno bipolar II* y *otros trastornos bipolares*.

2.5.2. Conceptualización

Como hemos adelantado, el término trastorno bipolar se refiere a la presentación de cuadros de tristeza patológica y de euforia patológica en la misma persona. En concreto: Los trastornos bipolares se caracterizan por la presencia de episodios maníacos, hipomaníacos o mixtos. Además, acostumbran a ir acompañados de episodios depresivos mayores.

El DSM-IV distingue, esencialmente, entre trastorno bipolar I, trastorno bipolar II y trastorno ciclotímico, en función de la gravedad de los síntomas durante la fase de eurofia.

El siguiente caso clínico trata de un hombre que presenta un trastorno bipolar, en concreto un trastorno bipolar I (ejemplo tomado de Requena, 2000):

Pablo G. es un hombre de cincuenta y cuatro años que acude a la consulta privada de un psicólogo de una gran ciudad española, donde reside desde hace poco. Le explica al profesional que se ha mudado a esa zona por cuestiones que en ese momento prefiere no desvelar. Se ha puesto en contacto con él porque se lo aconsejo el Dr. X (un reconocido psiquiatra) que hasta hace poco le llevaba en su ciudad natal.

En esa primera entrevista, que se prolongará poco más de hora y media, Pablo cuenta su historia y situación personal. En todo momento, la actitud del paciente es de colaboración y facilita todos los datos que le solicitan aunque de manera desordenada y un poco confusa; el clínico tiene la impresión de que confunde datos del pasado con los actuales. Va acompañado por su madre, que irá confirmando todos los datos aportados por el hijo con continuos movimientos de cabeza. En algunos momentos, la madre añadirá alguna información que seguidamente el hijo desvirtuará diciendo que lo que es importante son los hechos generales, no los particulares.

Está separado de su mujer desde hace diez años. Con ella tiene tres hijos, dos chicas y un chico, de 25, 23 y 18 años de edad, respectivamente. Su exmujer es representante de moda infantil y según explica Pablo, hay meses que sus comisiones pueden llegar a “cifras de seis ceros”. Desde hace casi veinte años, Pablo no trabaja. Antes había tenido su propia empresa de carpintería con treinta trabajadores a su cargo, hasta que cerró. Explica que tomaba anfetaminas para poder llevar el ritmo y que ganaba muchísimo dinero. Con los trabajadores había una relación muy buena, hasta iban juntos de copas. Actualmente, tiene esa larga enfermedad aunque dice que en estos años ha montado diversos negocios con autónomos que trabajaban para él rehabilitando pisos. En general le ha ido bien en estos negocios, hasta que la empresa se quedó sin encargos de repente. En otro momento de la entrevista afirma que los problemas surgen porque los trabajadores no cumplen.

Él mismo dice que desde los treinta y cinco años presenta un trastorno bipolar. Ha tenido que ser ingresado tres veces, la última vez hace siete años. Respecto al episodio maníaco que provocó el primer ingreso, cuenta que comenzó con pensamientos optimistas sobre que encontraría una fórmula para levantar su empresa, y fue gastando mucho dinero sin darse cuenta. Pensaba que todos los pisos en venta de la ciudad eran suyos y que la gente se los compraría. Ha sido un gran lector de la Biblia y quería cambiar el mundo (la redención de los muertos). De ese modo, "poco a poco, vas imitando a Cristo y crees que eres él". Cogió el coche y condujo durante tres días y tres noches sin descansar; estaba convencido de que se encontraría con Dios.

En el segundo episodio, volvió a pasar tres días y tres noches en el coche. Esta vez se llevó a su hijo de ocho años, porque estaba convencido de que la finalidad del niño era convertirse en la Santísima Trinidad. Sólo se detenía para que el niño durmiera, él no porque tenía que estar atento para evitar que Satanás le hiciera daño. La policía lo encontró y le pidió que les entregase el niño, pero él no quiso hacerlo porque le querían matar y huyó. Volvió a casa por su propio pie. Allá le esparaban la policía y el juez para ingresarlo.

La tercera vez pensó que él era el Espíritu Santo y volvió a coger el coche pensando que se encontraría con él.

Cuando creía que era Dios y veía a sus hijas, lloraba porque sabía que serían transformadas en inmortales y que nunca las vería.

Siempre necesitó hospitalizaciones de casi un mes.

Cuando se explora la existencia de algún episodio de depresión, Pablo dice que sólo ha tenido uno. Según él, la depresión fue provocada por una negligencia en la medicación: en el primer ingreso le recetaron un medicamente que como reacción le causó "sesenta días de tristeza". El Dr. X fue quien le explicó lo que pasaba y le recetó el litio. Quiso denunciar al primer psiquiatra y a la Seguridad Social, pero el Dr. X le dijo que no valía la pena, aunque él sabe que, aun hoy, podría armar un buen escándalo con todo aquello. Durante este periodo de tristeza, se sentía muy culpable por haber fracasado en la vida: había llevado su empresa a la quiebra y no había hecho una previsión de futuro para sus hijos. Él tenía que morir e incluso llegó a planear cómo hacerlo: llevaría a sus dos hijas en coche a un descampado y allí lo volaría con una carga de butano y ellos tres dentro. A su hijo lo dejaría con la madre, uno apenas sería carga. Prácticamente durante todo ese tiempo permaneció en la cama, aunque necesitaba pastillas para dormir. No tenía hambre: adelgazó más de diez kilos.

Cuando se explora la presencia de alucinaciones, comenta que cuando trabajaba, veía en la tapia que tenía delante del despacho caras cuadriculadas con movimientos en los ojos y en la boca.

Al solicitársele algún informe, Pablo nos facilita una hoja de asistencia de urgencias de un gran hospital con fecha del año pasado en la que leemos: "... paciente de 53

años de edad que consulta por presentar problemas de insomnio las últimas semanas. En la exploración se muestra despierto, orientado con leve tendencia a la hipertimia, motórico expansivo y actitud solicitante aunque no hostil ni con heteroagresividad verbal". Corresponde a un ingreso de seis días. Sobre eso, nos dice que la última vez fue ingresado por problemas de sueño, no tomó la medicación hasta que no le llevaron la que él sabía que le iría bien. Amenazó con ir al juzgado de guardia si se continuaban encubriendo las negligencias del médico.

Su medicación diaria actual incluye Plenur, Diazepan-10 y Largactil-25. Para controlar los niveles de litio, hay que hacer un análisis cada tres meses.

Actualmente, dice que se encuentra bien aunque nota que su memoria funciona lentamente. Duerme sólo si toma las pastillas. Nunca ha tenido problemas con el alcohol excepto cuando está eufórico, momento en que puede llegar a tomar ocho whiskys al día. Le gustaría volver a montar otro negocio pero lo ve difícil porque la gente no cumple en el trabajo. Como antecedentes familiares sólo sale la abuela paterna, que se prendió fuego cumpliendo órdenes que alguien le dictaba dentro de su cabeza.

2.5.3. Generalidades

Si comparamos los trastornos bipolares con el resto de los trastornos afectivos, observaremos que:

- Son menos frecuentes.
- Suelen iniciarse antes (en torno al 50% de los casos se manifiestan cerca de los 30 años).
- Se constata mayor presencia de antecedentes familiares (por eso se ha sugerido que la carga genética de estos trastornos es más elevada que en las formas unipolares).
- Los episodios afectivos y los periodos asintomáticos duran más en las formas unipolares (6-9 meses) que en las bipolares (3-6 meses).
- El riesgo de suicidio es elevado.

La ciclación rápida

En caso de que la persona presente cuatro o más episodios afectivos patológicos en el transcurso de un año, se dice que presenta un patrón de ciclos rápidos, lo cual sucede en torno al 13% de los casos de trastorno bipolar I o II. Por otra parte, parece tener mayor incidencia en mujeres.

Sin embargo, los cicladores rápidos no tienen una respuesta tan buena al tratamiento farmacológico y presentan peor pronóstico.

- Los trastornos bipolares son unos de los cuadros clínicos mejor documentados a lo largo de la historia de la humanidad.
- La presencia de euforia patológica es el rasgo diferenciador de estos trastornos. Normalmente, también hay antecedentes de episodios de depresión mayor.
- El DSM-IV distingue entre trastorno bipolar I, trastorno bipolar II y trastorno ciclotímico.

2.6. Trastornos bipolares (b)

A continuación, describiremos las características clínicas, el curso y el pronóstico de los trastornos bipolar I, bipolar II y ciclotímico. Dado que la sintomatología depresiva que presenta un paciente bipolar y un paciente con un trastorno depresivo mayor no difieren, aquí nos limitaremos a describir la clínica de la fase eufórica.

2.6.1. Trastorno bipolar I

Este trastorno se caracteriza por una historia clínica de uno o más episodios maníacos o mixtos; también es habitual la existencia de episodios depresivos mayores.

1) Episodio maníaco: manifestaciones clínicas

Un episodio maníaco se define por una exaltación del humor sin relación con la situación externa del individuo que le provoca una clara desadaptación.

Los síntomas que aparecen en un episodio maníaco son los siguientes:

a) Afectividad. El estado de ánimo es elevado, eufórico, expansivo, pero fácilmente pasa a ser irritable y hostil, en especial cuando los demás contradicen

al individuo. La persona se siente pletórica, optimista, infatigable, se expresa sin inhibición. La autoestima es elevada. Éste es uno de los pocos cuadros psicopatológicos de tipo egosintónico: el individuo se siente bien, no sufre por los síntomas que presenta.

b) Contenido del pensamiento. Está marcado por un extraordinario optimismo, ideas sobrevaloradas y gran actividad imaginativa. Las ideas sobrevaloradas pueden alcanzar un carácter delirante. Los temas más frecuentes en el pensamiento maníaco son la posesión de capacidades especiales –por ejemplo, poder curar todas las enfermedades del mundo con el solo contacto físico–, identidad grandiosa –por ejemplo, sentirse la persona más astuta del mundo de los negocios–, riqueza –creerse que se es el propietario de todos los pisos que están en venta– y misión especial –creerse, por ejemplo, que se es el redentor que tiene que salvar el mundo. En algunos casos, las ideas de grandeza o de sobrevaloración pueden dar lugar a ideas delirantes de persecución.

c) Curso del pensamiento. Es característica la taquipsíquia (aceleración del pensamiento), que puede ser desde leve a fuga de ideas.

d) Lenguaje. Verborreico, caracterizado por habla acelerada, redundancias, cambios constantes de tema, rimas, juegos de palabras, etc. Refleja, sin duda, la taquipsíquia del pensamiento. Cuando se da la fuga de ideas, el lenguaje llega a ser totalmente desorganizado e incoherente.

e) Atención. Viva y dispersa, cualquier estímulo llama la atención, pero de manera fugaz; no existe la posibilidad de centrarse.

f) Conducta. Falta de juicio crítico y desinhibición de los impulsos: hipersexualidad, comportamiento social inadecuado, implicación en negocios arriesgados o extravagantes, compras excesivas y superiores a las posibilidades reales, regalos desproporcionados, etc. Todo esto suele generar notables dificultades en el sujeto cuando se recupera. Se aprecia poca atención al aspecto personal. Las relaciones interpersonales son muy difíciles, ya que son indiscretos, controladores y muy irritables cuando se les contradice. A causa de la alta recurrencia del trastorno, las relaciones familiares y de amistades normalmente se ven muy afectadas.

g) Motricidad. Necesidad imperiosa de actividad, pero que resulta poco fructífera, al no estar guiada por objetivos y verse muy influida por la labilidad de atención: la persona va y viene, cambia los muebles de sitio, canta, etc., pero no

hay continuidad en la acción. En su grado máximo, esta hiperactividad general puede presentarse en forma de agitación psicomotriz.

h) Síntomas físicos. Insomnio sin ir acompañado de sensación de fatiga, pérdida de peso como consecuencia de la gran actividad física, aunque acostumbra a aumentar el apetito, resistencia al frío y a las enfermedades, tensión arterial baja, secreciones altas (sudor y saliva) y, en mujeres, amenorrea.

2) Episodio mixto: manifestaciones clínicas

Los episodios mixtos se caracterizan porque la persona presenta una mezcla o una sucesión muy rápida en el transcurso de un mismo día de síntomas maníacos y depresivos. La sucesión de diferentes estados de ánimo (tristeza, euforia e irritabilidad) es, pues, muy rápida y va acompañada de otros síntomas característicos de los episodios maníaco y depresivo.

Los síntomas de presentación normalmente incluyen agitación, insomnio, alteración del apetito, síntomas psicóticos e ideación suicida.

3) Curso y pronóstico del trastorno bipolar I

La edad de inicio del primer episodio se sitúa entre los 24 y 32 años. En hombres es más probable que el primer episodio sea maníaco; en el caso de las mujeres, depresivo mayor.

El inicio de un episodio maníaco suele ser brusco. Pueden aparecer inmediatamente después de un episodio mayor o de un episodio maníaco, sin un periodo intermedio de eutimia.

Normalmente, no se detectan factores desdencadenantes para los episodios maníacos o mixtos.

El curso del trastorno es fásico, volviendo a los niveles promórbidos entre episodios. Aun así, en algunos casos se observa sintomatología residual entre episodios.

A lo largo de la vida, generalmente se presentan ocho o nueve episodios de manía y de depresión mayor –excepto el caso de los cicladores rápidos– en total. El patrón de presentación es idiosincrático para cada persona, pero por norma general se presentan inmediatamente antes o después de un episodio depresivo mayor. En cualquier caso, la duración del episodio maníaco suele ser más corta.

El trastorno bipolar I es un trastorno altamente recurrente: más del 90% de las personas que han tenido un episodio maníaco presentarán otro en el futuro.

La presencia de un patrón de ciclos rápidos es signo de mal pronóstico.

2.6.2. Trastorno bipolar II

La clínica del trastorno bipolar II se caracteriza por antecedentes de episodios depresivos mayores y de episodios hipomaníacos.

1) Episodio hipomaníaco: manifestaciones clínicas

La sintomatología de los episodios hipomaníacos es parecida a la del episodio maníaco, pero de menos gravedad. En resumen, se podría decir que la euforia, la hiperactividad y la desinhibición se presentan más atenuadamente.

La persona irradia optimismo y desborda energía. No se presentan ideas delirantes sobre uno mismo, aunque sí sobrevaloradas. La conducta no está tan alarmantemente desinhibida como en el caso de la manía, aunque llaman la atención ciertos comportamientos fuera de lugar –facturas no pagadas, pequeños robos, chistes obscenos en contextos inadecuados, llamadas telefónicas a horas intempestivas, etc. En definitiva, la falta de contacto con la realidad no es tan grande como para provocar una clara desadaptación social o laboral, o para requerir la hospitalización.

2) Curso y pronóstico del trastorno bipolar II

Los episodios hipomaníacos empiezan bruscamente; en general, se presentan inmediatamente antes o después de un episodio depresivo mayor. El patrón de presentación, como en el caso del trastorno bipolar I, es característico de cada persona.

El patrón de ciclos rápidos también se asocia aquí a un peor pronóstico.

En resumen, la diferencia fundamental entre el trastorno bipolar I y el trastorno bipolar II es la gravedad de los síntomas durante la fase de euforia patológica. Otra diferencia es que el diagnóstico de trastorno bipolar II exige la presencia de episodios depresivos mayores, mientras que en el trastorno bipolar I esta condición no es necesaria, aunque esté presente en la gran mayoría de los casos.

2.6.3. Trastorno ciclotímico

Se caracteriza por periodos de síntomas hipomaníacos, así como por periodos de síntomas depresivos, pero no lo suficientemente graves como para diagnosticar un episodio hipomaníaco y un episodio depresivo mayor, respectivamente. Estos periodos sintomáticos repercuten significativamente en la conducta social y laboral de la persona.

Respecto al curso del trastorno, normalmente es de inicio insidioso y de curso crónico. Debuta en la adolescencia o en el inicio de la edad adulta. No es infrecuente su evolución posterior en un trastorno bipolar I o II.

En resumen, el trastorno ciclotímico se diferencia de los otros trastornos bipolares porque es menos grave: los síntomas depresivos son insuficientes para ser diagnosticados como un episodio depresivo mayor y los síntomas hipomanícos, como un episodio maníaco.

- Los trastornos bipolares pueden adoptar tres manifestaciones clínicas: trastorno bipolar I, trastorno bipolar II y trastorno ciclotímico.
- Los trastornos bipolares I y II se diferencian fundamentalmente por la gravedad de los síntomas observados durante el episodio de euforia patológica.
- El trastorno ciclotímico se diferencia de otros tipos de trastornos bipolares porque los síntomas manifestados son menos graves tanto en la fase de depresión como en la de euforia.

2.7. Otras manifestaciones

2.7.1. Trastorno afectivo estacional

Rosenthal describió en 1984 un tipo de trastorno depresivo, diferente de los trastornos clásicos, denominado trastorno afectivo estacional.[15]

15. N. Rosenthal (1993). *Seasonal affective disorder*. Nueva York: Guilford Press. Rosenthal lógicamente es uno de los autores que más ha estudiado y defendido la existencia de este trastorno no reconocido ni en la clasificación de la OMS ni en la de la APA. Para aquellos que estéis interesados en el trastorno afectivo estacional, os recomiendo este libro firmado por el propio Rosenthal, que ya es todo un clásico. Aquí el autor expone las bases conceptuales del trastorno afectivo estacional y repasa exhaustivamente las investigaciones empíricas llevadas a cabo tanto por el mismo Rosenthal como por otros autores.

Este trastorno se define por la presencia de alteraciones en el estado de ánimo que siguen una pauta fija de presentación en relación con la época del año. Esta pauta acostumbra a ser aparición de sintomatología depresiva en otoño y en invierno, que remite en las estaciones de primavera y verano –aunque un 20% de los pacientes que sufren este trastorno pueden presentar los síntomas depresivos en la época de primavera o verano.

En general, durante los meses de diciembre, enero y febrero la persona describe un cuadro depresivo leve o moderado con las características siguientes:

1) sentimientos de apatía y de anhedonismo, más que de auténtica tristeza;
2) inhibición general de la conducta;
3) hipersomnia;
4) sobrealimentación e ingesta de hidratos de carbono;
5) retraimiento social;
6) presencia de fatiga y cefaleas;
7) disminución del rendimiento laboral; y
8) ausencia de factores desencadenantes.

Con motivo del predominio de síntomas vegetativos, muchas veces estos pacientes son tratados por el médico de medicina general, que puede identificar el cuadro como un estado de astenia o infeccioso.

Cuando llega la primavera, este estado de hibernación, como lo han calificado los propios afectados, desaparece y existen diferentes evoluciones posibles:

- Un grupo evolucionará hacia un estado eutímico.
- Un grupo sigue un curso con pequeñas recaídas hasta el invierno siguiente, algo que se ha observado especialmente si los individuos viven en lugares con un clima de lluvias frecuentes y difícil de predecir.
- Un grupo emerge en un estado de sentimientos de vitalidad y energía, con un aumento de la actividad y necesidad de dormir poco. Este estado de exaltación hipomaníaca puede constituir cierta desadaptación.
- Un grupo nunca se recuperará totalmente y presentará un estado de ánimo bajo durante todo el año, aunque menos en la época de calor.

Ejemplo

La viñeta clínica siguiente ejemplifica un afectado de este grupo (tomado de Rosenthal, 1993; traducción y adaptación nuestra):

... la paciente, Jenny, sabe que puede ser dos personas muy diferentes según la época del año. Al llegar la primavera, se siente vital, alegre, jovial, con ganas de hacer cosas. Lleva una intensa vida social, la gente con la que trata la valora, es colaboradora y servicial. Es capaz de llevar a cabo cualquier cosa que se proponga y parece que siempre tenga una reserva de energía. En cambio, al llegar el invierno, su nivel e vitalidad y su capacidad de concentración se reducen, e incluso tiene dificultades para enfrentarse a las tareas de la vida cotidiana. Lo único que quiere hacer es descansar y estar sola, de igual modo que un oso cuando hiberna. Este estado suele persistir hasta que llega otra vez la primavera, época en que vuelve a sentirse llena de energía, vitalidad y disfruta de la vida. Es fácil entender por qué se siente dos personas y por qué sus amigos se preguntan cuál de las dos es la verdadera Jenny.

Desde un enfoque biologista, se ha interpretado que este trastorno se manifiesta en personas con una mayor susceptibilidad a la variación de la luz, de modo que el grado de iluminación ambiental influiría en el nivel de actividad, incluso en la actividad cerebral.

Consecuentemente con esta interpretación, se ha propuesto la fototerapia como tratamiento. La fototerapia consiste en exponer a la persona durante el otoño y el invierno a un fotoperiodo primaveral simulado con luz artificial de intensidad suficiente (más de 2.500 lux). Al parecer, ¡con este tratamiento mejora un número importante de casos!

El trastorno estacional afectivo en el DSM-IV y en la CIE-10

Ni la APA ni la OMS reconocen este trastorno en sus clasificaciones.

El DSM-IV incluye la especificación de "patrón estacional" que se puede aplicar al trastorno depresivo mayor y a los trastornos bipolares I y II en caso de que se haya observado regularmente una relación entre el inicio de los episodios depresivos y una época del año determinada.

2.7.2. Depresión en el posparto

Existe una constatación reiterada de que el parto es una situación que puede ser desencadenante de un trastorno depresivo y, en caso de que haya anteceden-

tes personales de esquizofrenia o de trastorno obsesivo-compulsivo, también puede tener lugar un rebrote.

Si hay antecedentes de trastorno depresivo mayor, diez días después del parto puede aparecer un nuevo episodio, el cual puede ir acompañado de síntomas psicóticos –en general, delirios que incluyen al bebé.

El *baby blues*

Se ha descrito un cuadro denominado *baby blues* que aparece al segundo o tercer día después del nacimiento del bebé, habitualmente coincidiendo con la vuelta a casa. Entre el 50 y 70% de las mujeres lo presentan, y por ello no ha recibido un significado patológico, sino que se lo ha conceptualizado como una manifestación normal del proceso de adaptación que representa tener un hijo.

El *baby blues* se podría definir como un cuadro depresivo de intensidad leve en el que predomina tristeza leve, irritabilidad, fatiga, sentimientos de incertidumbre respecto a la propia capacidad como madre, insomnio y falta de apetito.

Su duración suele ser de entre siete y diez días, y desaparece sin necesidad de tratamiento específico. Normalmente, con el apoyo social y emocional del entorno y también con una mayor adaptación madre-bebé es suficiente para que desaparezca el cuadro. El cúmulo de acontecimientos vitales o una baja satisfacción marital pueden dificultar una resolución correcta de este proceso de adaptación.

La depresión posparto en el DSM-IV y en la CIE-10

Ninguna de las dos clasificaciones recogen ni la depresión posparto ni el *baby blues* como trastornos con entidad propia.

El DSM-IV permite la especificación "con inicio posparto" del episodio actual, si es el caso.

2.7.3. Depresiones enmascaradas

El término depresión enmascarada, sin entidad nosológica, hace referencia a aquellos cuadros somáticos o psíquicos en los que la tristeza no está aparentemente presente y, por lo tanto, no es el motivo de consulta. Se trata de trastornos afectivos que se expresan predominantemente con manifestaciones somáticas.

En las depresiones enmascaradas, la queja de la persona puede ser tan polimorfa que, de hecho, se ha afirmado que cualquier síntoma podría esconder una depresión. Las formas predilectas suelen ser algias y parestesias (por ejemplo, cefaleas), trastornos sensoriales (vértigo), trastornos neurovegetativos y trastornos digestivos.

En los cuadros que acabamos de describir se mezcla, junto con los síntomas somáticos, los síntomas psíquicos, pero dado que el paciente percibe los síntomas del grupo somático con más intensidad que los psíquicos, la tristeza se atribuye a la enfermedad física. Aunque con menos frecuencia, también puede aparecer un síntoma psíquico diferente al de la tristeza en primer plano y servir de máscara.

Al parecer, el nivel intelectual y cultural de la persona juega un papel importante en el predominio de síntomas psíquicos o somáticos, presente siempre en los trastornos depresivos. Así pues, en niveles intelectuales altos, en los que se infiere más capacidad de introspección y de reconocimiento de los propios estados emocionales, la depresión se expresa especialmente en síntomas psíquicos, mientras que en niveles más bajos, perdominan los signos somáticos o vegetativos.

- Existen otras alteraciones del estado de ánimo que no se encuentran recogidas como entidades nosológicas ni en la CIE-10 ni en el DSM-IV.
- El trastorno afectivo estacional se expresa con alteraciones en el estado de ánimo que siguen una pauta fija de presentación según la época del año.
- Sentimientos depresivos de carácter leve en los primeros días de puerperio, conocido como *baby blues*, forman parte del proceso de adaptación que tiene que seguir la mujer que ha tenido un hijo.
- Se conoce con el nombre de depresiones enmascaradas aquellos estados anímicos de tristeza que se manifiestan fundamentalmente con signos somáticos y vegetativos que, a menudo, conducen a errores diagnósticos.

2.8. Diagnóstico diferencial

2.8.1. Trastornos depresivos y trastornos bipolares

La ausencia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos en la evolución del trastorno indicaría si el episodio depresivo forma parte de un trastorno bipolar o no.

2.8.2. Trastorno depresivo mayor y trastorno distímico

La diferencia entre el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico[16] no siempre es fácil, especialmente cuando el trastorno depresivo mayor es de curso crónico y no presenta síntomas psicóticos.

En general, la gravedad y el curso de los episodios ayudarán a perfilar el diagnóstico diferencial: de más gravedad y, en general, de curso fásico en el trastorno depresivo mayor, y menos incapacitante para la vida diaria, aunque de curso crónico en el trastorno distímico. Otras características clínicas ayudarán a diferenciar estos dos trastornos.

Por otra parte, la presencia de delirios y/o alucinaciones siempre será indicativa de trastorno depresivo mayor.

2.8.3. Trastorno depresivo mayor y trastornos psicóticos

Cuando el trastorno depresivo mayor se manifiesta con síntomas psicóticos, puede haber confusión con algún tipo de trastorno psicótico.

1) Esquizofrenia

Inicios agudos de esquizofrenia que debutan con inhibición y tristeza aparente pueden recibir un diagnóstico erróneo de depresión mayor, especialmente si todavía no ha "estallado" la sintomatología claramente esquizofrénica.

Algunos aspectos del curso y de la clínica pueden ayudarnos a diferenciar estas dos entidades.

- Forma de inicio: normalmente insidioso en la esquizofrenia y brusco en el trastorno depresivo mayor.
- Edad de inicio: más temprana en la esquizofrenia (adolescencia o juventud) que en el trastorno depresivo mayor (hacia la tercera década de la vida).
- Las temáticas de los delirios y las alucinaciones, en el caso de la esquizofrenia, son incongruentes con un estado de ánimo deprimido.

16. Véase el apartado 2.2. de este capítulo.

- Los trastornos formales del lenguaje (neologismos, habla incoherente, etc.) son menos frecuentes en el trastorno depresivo mayor.
- Otros síntomas como puede ser aspecto extraño de las conductas, el distanciamiento afectivo y el estupor catatónico, negativista y estereotipado sugieren el diagnóstico de esquizofrenia.

2) Trastorno esquizoafectivo

Realizar el diagnóstico diferencial entre un trastorno esquizoafectivo y un trastorno depresivo mayor puede ser complicado, ya que el trastorno esquizoafectivo se caracteriza por la coexistencia de episodios esquizofrénicos y episodios afectivos.

Durante el episodio del trastorno esquizoafectivo, en un momento se tienen que presentar síntomas que cumplen los criterios de episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, junto con algún síntoma psicótico (ya sea delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o desorganizado y síntomas negativos), y en otro momento del mismo episodio, sólo ideas delirantes y alucinaciones, en ausencia de sintomatología afectiva relevante.

Lo que marcaría la diferencia entre un episodio de depresión mayor genuino y un episodio de trastorno esquizoafectivo es que, en el primero, los síntomas psicóticos nunca aparecerán solos, sin sintomatología afectiva.

2.8.4. Trastornos depresivos y trastornos de ansiedad

Es muy común la comorbilidad de síntomas depresivos y ansiosos, especialmente en el caso de la distimia y la ansiedad generalizada.

En los trastornos depresivos destacan los síntomas de empeoramiento matutino, ideas suicidas, autoacusaciones, relentización motriz, insomnio de segunda hora y escasa respuesta a acontecimientos agradables; mientras que en los trastornos de ansiedad son frecuentes las crisis de ansiedad, la pérdida de autoconfianza, sentimientos de desrealización, síntomas vegetativos y rasgos de inmadurez y dependencia.

Además, los trastornos de ansidedad presentan un inicio más temprano que los trastornos depresivos.

En cuadros en los que se presenten síntomas de ambos trastornos, tenderemos a considerar el trastorno básicamente ansioso cuando predominen los síntomas vegetativos, de ansiedad psíquica o somática, e hipocondría. Cuando, por otra parte, predominen el sentimiento de gran abatimiento, ideas de muerte, insomnio y trastornos somáticos reales, nos decantaremos por la hipótesis de algún tipo de depresión. Pero también es posible que una misma persona cumpla los criterios diagnósticos para un trastorno de ansiedad y para un trastorno depresivo, en cuyo caso tendremos que efectuar ambos diagnósticos.

2.8.5. Trastorno depresivo mayor y síndromes demenciales

Los síntomas cognitivos como la desorientación, falta de concentración y de memoria presentes tanto en el trastorno depresivo mayor como en demencias hacen recomendable su diagnóstico diferencial cuando el cuadro se presenta en personas de edad avanzada.

Todo apunta a un cuadro depresivo cuando el inicio de la sintomatología ha sido rápido, con fluctuaciones en el tiempo y buena respuesta a la medicación antidepresiva; no obstante, sin lugar a dudas, la evolución del trastorno será la confirmación de nuestro diagnóstico.

Por otra parte, es muy habitual que al inicio de una demencia senil se expresen síntomas depresivos genuinos, ya que la persona se da cuenta de sus dificultades desde el punto de vista cognitivo.

En la tabla 2.6 recogemos algunas de las diferencias existentes entre síndromes demenciales y síndromes depresivos.

Tabla 2.6. Dferencias entre síndromes demenciales y síndromes depresivos

Síndromes demenciales	Síndromes depresivos
• De inicio insidioso y largo. • Progresión rápida de los síntomas cognitivos. • Dificultades severas de memoria, atención y concentración. • Detección tardía por parte de la familia. • Apatía y superficialidad. • Acentuación del trastorno hacia el final del día.	• Su inicio habitualmente se puede precisar. • Deterioro cognitivo variable que se recupera cuando se mejora el estado de ánimo. • Quejas subjetivas sobre las pérdidas de memoria. Atención y concentración más preservadas. • Rápida detección por parte del ambiente. • Cambio afectivo profundo. • Empeoramiento matutino.

2.8.6. Trastornos depresivos y procesos de adaptación y de duelo

Después de un acontecimiento especialmente impactante, como por ejemplo la muerte de una persona querida o un divorcio, puede aparecer sintomatología depresiva en forma de sentimientos de fracaso o abandono, pérdida de apetito, disminución de la vida social, falta de concentración, etc. que forman parte del proceso normal de duelo o de adaptación.

Estos procesos se diferencian de los trastornos depresivos porque tiene lugar una menor intensidad y duración de los síntomas, no aparecen pensamientos de culpa o suicidio, tampoco aparece la inhibición motriz y se produce una menor interferencia con las actividades de la vida cotidiana.

2.8.7. Trastorno bipolar I, trastorno bipolar II y trastorno ciclotímico

El episodio de manía del trastorno bipolar I se diferencia de la sintomatología hipomaníaca presente en el trastorno bipolar II y en el trastorno ciclotímico por su mayor intensidad y porque provoca más deterioro social y laboral. Además, el episodio maníaco suele requerir de hospitalización, medida que no es necesaria en el caso de la hipomanía.

Puede haber dificultades para distinguir entre un episodio maníaco con estado de ánimo irritable, un episodio mixto y un episodio mayor con predominio de humor irritable. Esta situación requiere una evaluación clínica del contexto de presentación de los síntomas y de la historia del sujeto.

En el caso del diagnóstico diferencial entre el trastorno bipolar II y el trastorno ciclotímico, hay que tener presente que en el trastorno ciclotímico no se llega a diagnosticar ningún episodio depresivo mayor.

2.8.8. Trastornos bipolares y trastornos psicóticos

Trastornos psicóticos como el trastorno esquizoafectivo, la esquizofrenia o el trastorno delirante comparten algunos síntomas con los episodios maníacos de

los trastornos bipolares: ideas de grandiosidad y de persecución, irritabilidad, agitación y síntomas catatónicos.

En general, en el episodio maníaco el núcleo de la sintomatología será la alegría desmedida, a diferencia de los trastornos psicóticos en que los trastornos del pensamiento, de la percepción y la conducta desorganizada se encuentran en la base, sin presencia de síntomas afectivos importantes. Es rara la presencia de euforia en los trastornos psicóticos; clásicamente, la afectividad en estos trastornos psicóticos se ha definido como plana. Además, en el curso de los trastornos psicóticos se presentan periodos de síntomas psicóticos en ausencia de síntomas afectivos importantes, las conductas son más extravagantes y el habla, menos coherente.

También debemos recurrir a otros factores como la edad de inicio característica de cada trastorno, la presencia de antecedentes familiares, el curso fásico con recuperación de los niveles premórbidos en el caso de los trastornos bipolares frente al brote con deterioro posterior de los trastornos psicóticos, y la respuesta terapéutica al litio.

Los errores más frecuentes tienen lugar cuando se diagnostica el episodio maníaco como esquizofrénico cuando predomina la irritabilidad sobre la euforia con presencia de ideas delirantes.

2.8.9. Trastorno ciclotímico y trastorno límite de la personalidad

Tanto el trastorno ciclotímico como el trastorno límite de la personalidad se caracterizan por la presencia de marcadas oscilaciones en el estado de ánimo. En el caso del trastorno límite de la personalidad, los sentimientos de infravaloración están muy marcados y el sujeto intenta evitar por todos los medios un abandono real o imaginario.

2.8.10. Sintomatología maníaca y trastornos orgánico-cerebrales

Determinados trastornos orgánico-cerebrales se asocian a sintomatología parecida a la maníaca, ya que dichos trastornos comportan desinhibición de la

conducta. Cuadros orgánicos con sintomatología parecida a la manía son la demencia de Pick, tumores subcorticales y frontales, traumatismos craneoencefálicos y demencias por infección del sistema nervioso.

El diagnóstico diferencial tiene que basarse, principalmente, en determinar si tras la conducta anormal hay desinhibición (trastornos orgánicos) o euforia (manía). En general, una actitud hostil y querulante, que no alegre, pensamiento poco brillante, asociaciones pobres y pasividad apuntan a una etiología orgánica.

Otro aspecto que nos ayuda en el diagnóstico es si las conductas abarcan aspectos más bien puntuales de la vida, propios de los trastornos orgánicos, o bien alcanzan todas las esferas, propio de los cuadros maníacos.

Cuando la sintomatología no está demasiado clara como para realizar un diagnóstico de algún trastorno del estado de ánimo, es clave tener en cuenta características del curso, forma de inicio o antecedentes psicopatológicos.

2.9. Epidemiología y factores de riesgo

2.9.1. Epidemiología

Los trastornos del estado de ánimo constituyen el grupo de trastornos mentales más frecuente tanto en población general como en población clínica en el mundo occidental.

Se calcula que cerca del 10% de la población adulta sufrirá, en algún momento de su vida, algún episodio afectivo.

La tasa de prevalencia de la depresión en la población general se sitúa en torno al 3 ó 4%, según estimaciones de la OMS.

La prevalencia de sintomatología depresiva inespecífica en la población general oscila entre el 9 y el 21%; entre pacientes psiquiátricos, esta cifra aumenta casi hasta el 50%.

La prevalencia para el trastorno depresivo y para la distimia es diferente según el sexo, siendo las mujeres dos o tres veces más propensas a presentarlos. Por ejemplo, para el trastorno depresivo mayor, en el caso de las mujeres la prevalencia es del 7 al 10% y en el caso de los hombres, del 2 al 4%; en cambio, la prevalencia de los trastornos bipolares desciende hasta el 1% para ambos sexos.

2.9.2. Factores de riesgo

Se han constatado diversos factores asociados a los trastornos del estado de ánimo:

1) *Sexo*. Teniendo en cuenta el sexo, la proporción es de dos mujeres por un hombre en trastornos afectivos no bipolares, a excepción del periodo de la infancia, en el que no se observan diferencias. La excepción también son los trastornos bipolares en que esta proporción prácticamente se iguala. Para explicar estos datos, se ha apelado a causas culturales –pautas educativas diferentes, más facilidad de la mujer para pedir ayuda, etc.– y socioeconómicas –por ejemplo, desempleo femenino más elevado–, como también a factores hormonales –que explicarían, por ejemplo, el síndrome premestrual o la depresión posparto. Seguramente, todos los factores se encuentran implicados.

2) *Edad*. Son trastornos característicos de los adultos jóvenes; su mayor incidencia se concentra en personas de entre 25 y 44 años. Sin embargo, los trastornos bipolares presentan un inicio más prematuro.

3) *Antecedentes familiares*. La presencia de antecedentes familiares de primer grado con trastornos del estado de ánimo aumenta el riesgo de sufrir alguno, especialmente en el caso de los trastornos bipolares.

4) *Presencia de acontecimientos vitales*. La ocurrencia de acontecimientos vitales vividos como muy graves o estresantes puede precipitar la aparición de un cuadro afectivo. Debemos destacar el dato de que en el 30% de las mujeres diagnosticadas con algún trastorno afectivo, el primer episodio tuvo lugar durante el embarazo o el posparto.

5) *Variables sociodemográficas*. La falta de soporte social y el aislamiento social de estrategias personales de afrontamiento constituyen factores de riesgo. Los datos son contradictorios respecto a la relación de los trastornos afectivos con educación y nivel socioeconómico, pero parecería que existe una relación inversa entre clase social y trastornos no bipolares; en cuanto a los bipolares, prevalecen en clases altas.

6) *Personalidad premórbida*. Ciertos rasgos de personalidad como neurocentrismo, intraversión, obsesión, culpa y dependencia se han asociado a los trastornos depresivos. En el caso de personalidades ciclotímicas, los rasgos son extraversión y oscilaciones periódicas del humor.

- Factores de riesgo para los síntomas depresivos y trastornos no bipolares: sexo femenino, jóvenes, solteros y no ligados afectivamente, clase social baja y acumulación de acontecimientos vitales recientes.
- Factores de riesgo para los trastornos bipolares: edad de inicio más joven, más prevalencia en niveles socioeconómicos y educacionales altos, menos rasgos neuróticos, pero más rasgos obsesivos que en los no bipolares y acumulación de acontecimientos vitales recientes.
- Los trastornos del estado de ánimo son los trastornos psicopatológicos más frecuentes tanto en población general como en población clínica.
- Los factores de riesgo asociados a los trastornos depresivos son diferentes a los factores de riesgo asociados a los trastornos bipolares.

3. Los trastornos de ansiedad

3.1. Introducción a los trastornos de ansiedad

La ansiedad es un concepto muy popular, pero no siempre bien entendido. Una definición aceptable de ansiedad sería ésta: "un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, desplacer y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto". Se trata, por lo tanto, de una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro, que puede ser externo o interno. La respuesta ante esta situación es evitar la ansiedad mediante diversos procedimientos.

La definición anterior obliga a establecer una primera diferenciación entre *miedo, ansiedad y fobia*, tal como nos muestra la tabla 2.7:

Tabla 2.7. Diferencia entre *miedo, ansiedad* y *fobia*.

Variable/tipo de emoción	Miedo	Ansiedad	Fobia
Respuesta fisiológica	Activación vegetativa	Activación vegetativa	Activación vegetativa
Respuesta psicológica	Huida y/o afrontamiento	Alteraciones cognitivas y/o conductuales	Huida y/o afrontamiento
Estímulo provocador	Concreto, real y peligroso	Difuso, subjetivamente peligroso. A veces inexistente	Concreto y subjetivamente peligroso

Variable/tipo de emoción	Miedo	Ansiedad	Fobia
Tipo de respuesta	Reactiva y transitoria	Generalizada y duradera	Reactiva y transitoria
Respuesta de los otros	Compartida	No compartida	No compartida

La ansiedad es un tema fundamental en la Psicopatología. Estará presente en la inmensa mayoría de los pacientes que consultan con motivo de un trastorno mental. De esta manera, podemos detectarla en muchos cuadros diferentes: esquizofrenia, trastornos afectivos, trastornos adaptativos, fobias, como reacción a una enfermedad somática, ante situaciones de pérdida, etc.

En un ámbito descriptivo, podemos distinguir tres áreas en las que repercute la ansiedad sobre las personas. Veámoslas:

1) *Área cognitiva*. Temor, espera de un peligro, sentimientos pesimistas, preocupación por el futuro, malestar difuso, mal funcionamiento de la atención, memoria, concentración, etc.

2) *Área conductual o relacional*. Irritabilidad, inquietud, temblores, discusiones, tensión familiar y ambiental, etc.

3) *Área somática*. Hiperactivación vegetativa.

Estas tres áreas de respuesta no se activan de la misma manera en todos los sujetos; es más, tampoco tienen que hacerlo necesariamente en el mismo sujeto. Es decir, nos podemos encontrar con sujetos que presentan más repercusión de la ansiedad en un área que en otra. Este fenómeno, denominado *disociación o fraccionamiento de respuestas*, puede tener importancia clínica y de cara al tratamiento del paciente.

3.2. Clasificaciones de los trastornos de ansiedad

Presentamos en la tabla 2.8 la clasificación DSM-IV de estos trastornos y sus equivalentes en el ICD 10. Recuerde que la ICD 10 engloba bajo este epígrafe otros muchos trastornos que no aparecen en esta tabla.

Tabla 2.8. Clasificación de los trastornos de ansiedad, según el DSM-IV y sus equivalentes en el ICD-10.

DSM-IV Trastornos de ansiedad	ICD-10 Trastornos neuróticos, secundarios en situaciones estresantes y somatomorfas
Trastorno de pánico sin agorafobia	(41.0) Trastorno de pánico
Trastorno de pánico con agorafobia	(40.01) Agorafobia con trastorno de pánico
Agorafobia sin historia de trastorno de pánico	(40.00) Agorafobia sin trastorno de pánico
Fobia específica	Fobias específicas (40.2)
Fobia social	Fobias sociales (40.1)
Trastorno obsesivo-compulsivo	Trastorno obsesivo-compulsivo (42)
Trastorno por estrés agudo	Reacción a estrés agudo (43.0)
Trastorno por estrés postraumático	Trastorno de estrés postraumático (43.1)
Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno de ansiedad generalizada (41.1)
Trastorno de ansiedad a causa de enfermedad médica	Trastorno de ansiedad orgánico (06.4)
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	
Trastorno de ansiedad no especificado	Trastornos de ansiedad sin especificación (41.9)

Entre paréntesis figura la ordenación numérica de la ICD 10.

3.3. Clínica de los trastornos de ansiedad

Como puede verse en la clasificación anterior, los trastornos de ansiedad son muy variados. Aunque todos comparten el núcleo central de la ansiedad como síntoma fundamental, su polimorfismo obliga a presentarlos por separado.

Antes de comenzar a describir los correspondientes trastornos, es necesario ofrecer algunas definiciones previas: la definición de *ataque de pánico* y la de *agorafobia*.

3.3.1. Ataque de pánico o crisis de angustia

Una *crisis de angustia* es la aparición aislada o temporal de miedo o malestar de carácter interno, acompañado por numerosos síntomas somáticos y/o psicológicos. La crisis se inicia de manera brusca –en la primera crisis, el paciente no

sabe lo que le pasa– y llega a su máxima expresión con rapidez –habitualmente en 10 minutos o menos–, a menudo acompañada de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una necesidad urgente de escapar. Los síntomas más frecuentes de las crisis son aturdimiento, nerviosismo, taquicardia y palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácicos, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad o mareo, desrealización o despersonalización, miedo de perder el control o volverse loco, miedo de morir, parestesias –adormecimientos y hormigueos– y escalofríos o sofocos. La duración media de un *ataque de pánico*, desde el momento inicial hasta el fin, suele ser de unos 20 a 30 minutos. El paciente queda agotado y muy fatigado después de la crisis.

El paciente muestra un rostro aterrorizado, con el habla entrecortada. Mientras dura la crisis, se pueden mostrar inquietos motrizmente –deambulantes, entrando y saliendo– o, por el contrario, inmóviles.

En resumen, nos hallamos ante un conjunto de síntomas somáticos y psicológicos que sumen al sujeto en un estado de perturbación muy importante. No es extraño que nos relaten que creían estar a punto de morir, perder el control, tener un infarto o un accidente vascular cerebral o volverse loco. Por ello no es infrecuente que, a partir de esta primera crisis –que suele acabar en el servicio de urgencias de algún hospital–, el sujeto genere *miedo anticipatorio* a experimentar de nuevo el malestar vivido. Generalmente el paciente no puede asociar su crisis con ninguna situación de índole psicológica o emocional.

Ejemplo

Una mujer de veintidós años relataba su primera crisis de la siguiente manera:

"Estaba tan tranquila en el gimnasio, precisamente en la sala de relajación. Notaba que hacía calor pero tampoco nada especial. De pronto empecé a sentir que el calor era abrumador, y empecé a sudar y a sentirme mareada. Todo me daba vueltas. Me espanté y el corazón empezó a latir a toda pastilla. Quería salir de allí, pero tenía la sensación de que si me levantaba, las piernas no me sostendrían. Alguien de la sala debió de notar algo, porque recuerdo que me decían cosas, aunque no sé qué. De pronto, tenía ganas de vomitar o me ahogaba. Me daban aire, pero no se me pasaba. No sé cuánto tiempo estuve así. Me han dicho que no mucho, pero a mí me pareció una eternidad. Se me fue pasando y empecé a tener ganas de llorar, de lo mal que lo había pasado. Vino un médico que hay siempre en el gimnasio y me sugirió que fuera a urgencias, pero yo no quise, sólo quería ir a mi casa. Cuando llegué, lo único que podía hacer era tumbarme en el sofá. Después fui al médico. Del ejercicio que hice

aquel día no podía ser, porque solamente nadé un rato y poco más, y yo estoy acostumbrada a hacer más esfuerzo. Después el médico me dijo que había sido una crisis de ansiedad. Antes de eso yo no sabía qué era eso de las crisis".

Pero no todas las crisis son iguales. El DSM-IV exige la presentación de al menos cuatro de los síntomas de la lista anterior. Las crisis que presentan menos de cuatro de esos síntomas reciben el nombre de *crisis sintomáticas limitadas* o *crisis encubiertas*.

Hay tres tipos de *crisis de angustia*, que se diferencian por el modo de inicio y la presencia o ausencia de desencadenantes ambientales. Las *crisis de angustia inesperadas* –no relacionadas con estímulos situacionales– son aquellas que aparecen sin ningún motivo aparente y que pueden tener lugar en la peluquería, leyendo el periódico o mientras se pasea. Las *crisis de angustia situacionales* aparecen después de la exposición o anticipación de un estímulo o desencadenante ambiental –por ejemplo, un fóbico a los gatos experimentará una crisis si se ve abocado a su presencia, o un conferenciante ansioso la tendrá a mitad de la charla. Finalmente, las *crisis de angustia predispuestas situacionalmente* se suelen asociar a estímulos señal, pero también pueden aparecer en su ausencia.

Vale la pena señalar que los *ataques de pánico* también se pueden producir mientras el sujeto duerme. Si es el caso, suele suceder en las cuatro primeras horas de sueño. Normalmente los pacientes no pueden vincular sus ataques con ninguna actividad onírica en especial.

3.3.2. Agorafobia

La característica esencial de la agorafobia es la aparición de ansiedad que experimenta un sujeto cuando se encuentra en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o enojoso o en los cuales, en el caso de aparecer una *crisis de angustia* o síntomas similares a la angustia, quizá no se tenga ayuda. Esta ansiedad suele conducir de forma típica a comportamientos permanentes de *evitación* de múltiples situaciones, entre las que cabe mencionar estar sólo dentro o fuera de casa, mezclarse con la gente, viajar en coche, autobús o avión o estar en un puente o ascensor. Algunos individuos son capaces de exponerse a las situaciones temidas, si bien esta experiencia les produce un considerable te-

rror. A menudo les resulta más fácil enfrentarse a las situaciones temidas si se encuentran en compañía de un conocido. El comportamiento de evitación de estas situaciones puede conducir a un deterioro de la capacidad para viajar o para llevar a cabo las responsabilidades cotidianas.

Ahora podemos comprobar cómo se combinan estos dos conceptos anteriores que, no lo olvidemos, no son trastornos propiamente dichos, sino elementos constitutivos de los trastornos que estudiaremos a continuación.

3.4. Trastorno de pánico sin agorafobia

Este trastorno se caracteriza por la aparición repetida –dos veces por lo menos– e inesperada de crisis de angustia o ataques de pánico, seguidos por la aparición, durante un periodo como mínimo de un mes, de preocupaciones persistentes por la posibilidad de tener nuevas crisis de angustia y por sus posibles implicaciones o consecuencias, o bien un cambio comportamental significativo relacionado con estas crisis. El trastorno se describe como sin agorafobia porque en este caso no se presentan sus síntomas.

Las personas que tienen *trastorno de pánico* muestran una notable incidencia, entre el 40 y el 80%, de *trastorno depresivo mayor*. En un tercio, aproximadamente, de los sujetos con este trastorno, la depresión precede a las crisis de angustia.

3.4.1. Curso y pronóstico del trastorno de pánico sin agorafobia

La edad de inicio del *trastorno de pánico* fluctúa entre el final de la adolescencia y la mitad de la cuarta década de la vida. Es muy poco frecuente a partir de los cuarenta y cinco años.

No es extraño que el inicio o la exacerbación de este trastorno se asocien con una ruptura o pérdida de una relación interpersonal importante para el paciente. Curiosamente, muchos modelos causales de este trastorno no tienen en cuenta este fenómeno.

El curso típico es de carácter crónico, con mejoras y recaídas. Algunas personas presentan episodios separados por años de remisión, mientras que otras

muestran permanentemente un cuadro sintomático intenso. Aunque la *agorafobia* puede aparecer en cualquier momento, suele hacerlo el primer año del trastorno.

Los estudios de seguimiento hechos en personas tratadas por este trastorno indican que entre 6 y 10 años después del tratamiento, cerca del 30% de los individuos se encuentran bien, entre el 40 y el 50% han mejorado pero siguen con algunos síntomas y el 20-30% restante continúa igual o incluso peor.

3.4.2. Epidemiología del trastorno de pánico sin agorafobia

Se calcula que el 30% de la población adulta ha sufrido algún ataque de pánico en algún momento de su vida.

Se considera que la prevalencia del trastorno de pánico –con agorafobia o sin ella– se sitúa entre el 0,4 y el 3,5% de la población.

3.4.3. Diagnóstico diferencial del trastorno de pánico sin agorafobia

No debe hacerse el diagnóstico de *trastorno de pánico* si las crisis de angustia se consideran secundarias a los efectos de una enfermedad médica. Entre las enfermedades médicas que pueden producir crisis de angustia están el hipertiroidismo, el hiperparatiroidismo, el feocromocitoma, los trastornos comiciales y las enfermedades cardíacas.

Tampoco debe diagnosticarse un trastorno de pánico si las crisis de angustia se consideran secundarias a los efectos directos de una intoxicación mediante un fármaco. La intoxicación con estimulantes como por ejemplo la cocaína, anfetaminas, cafeína, etc., y el abandono del consumo de depresores del sistema nervioso central (por ejemplo alcohol, barbitúricos, etc.) pueden precipitar una crisis de angustia. En los síndromes abstinenciales pueden aparecer estas crisis.

Datos como un inicio después de los cuarenta y cinco años o la presencia de síntomas atípicos durante la crisis de angustia –pérdida de conciencia, pérdida

del control del esfínter, pesadillas o amnesia– hacen sospechar que haya una enfermedad médica o consumo de sustancias.

El trastorno de pánico debe diferenciarse de otros trastornos mentales que también se pueden asociar a crisis de angustia. Por ejemplo, las crisis de angustia, que tienen lugar en el seno de otros trastornos de ansiedad de carácter situacional, o que están más o menos relacionadas con una situación determinada, como en la *fobia social* o la *específica* y en el trastorno por estrés postraumático. En el trastorno obsesivo-compulsivo puede haber crisis en presencia de algún estímulo relevante –suciedad, por ejemplo. Si el trastorno de pánico que se diagnostica cursa con síntomas de agorafobia, estamos ante un *trastorno de pánico con agorafobia*.

Algunos elementos significativos pueden ayudarnos a la hora de efectuar el diagnóstico diferencial entre la fobia específica, la social y el trastorno de pánico sin agorafobia:

1) En el trastorno de pánico, el contenido del temor se basa en la propia reacción pseudofisiológica más que en un objeto (fobia específica) o en una situación (fobia social).

2) En el trastorno de pánico, el ataque suele ser, al menos en principio, inesperado.

3) El nivel de ansiedad general, crónica, es mayor en el paciente con trastornos de pánico que en los otros dos casos.

Las preocupaciones hipocondríacas no suelen se ajenas al paciente con trastorno de pánico. No obstante, en la verdadera *hipocondría* se suele dar mayor cantidad de preocupaciones sobre la propia salud y sobre síntomas no relacionados con ataques de pánico, y también el temor por sufrir una o más enfermedades graves no diagnosticadas.

Como hemos visto, las crisis de angustia pueden aparecer en una amplia gama de trastornos de ansiedad –fobia social, fobia específica, trastorno por estrés postraumático y trastorno por estrés agudo. Insistimos en que sólo cuando constituyen el núcleo de los síntomas del paciente podemos diagnosticar el trastorno de pánico sin agorafobia.

3.5. Trastorno de pánico con agorafobia

Este trastorno es muy similar al que acabamos de explicar, pero se diferencia del anterior en que el sujeto presenta síntomas claros de agorafobia.

El miedo anticipatorio, del que hablábamos al principio del núcleo de conocimiento anterior, consiste en el temor a sufrir una nueva crisis. La mayoría de personas que sufren crisis acaban vinculando sus crisis –o sus temores a sufrirlas de nuevo– a situaciones o lugares más o menos concretos –lugares en los que sería difícil pedir ayuda, o de los que sería difícil salir huyendo. A partir de estas asociaciones, los pacientes desarrollan conductas de evitación, es decir, tratan de evitar encontrarse en estas situaciones o lugares en los que sufrir un nuevo ataque de pánico sería muy enojoso. A partir de ese momento, el paciente elude, con más o menos intensidad, una serie de situaciones muy típicas, como por ejemplo estar sólo fuera de casa, entrar en lugares muy frecuentados o cerrados, viajar en transporte público, conducir en autopistas, etc. El miedo de estos tipos de estímulos y su evitación se denomina *agorafobia*. Si estamos ante un sujeto que ha desarrollado su agorafobia como consecuencia de crisis de ansiedad, el diagnóstico que le corresponde es el de trastorno de pánico con agorafobia. No obstante, la agorafobia también puede aparecer sin que el sujeto haya experimentado ninguna crisis de ansiedad. En ese caso estaríamos ante el cuadro clínico de *agorafobia sin historia de trastorno de pánico*.

Ejemplo

Un hombre de edad mediana sufrió diversos ataques de ansiedad, el primero en plena calle, y acabó en el servicio de urgencias de un hospital. Poco tiempo después se planteó la posibilidad de nuevos ataques y sus consecuencias. Empezó a planificar su vida en función de ese miedo. Sufría especialmente cuando conducía él solo, ya que trabajaba de comercial y tenía que viajar constantemente. Al principio caminaba largas distancias por la ciudad, ya que intentaba trabajar sin usar el coche. Poco después cogió una baja y empezó a quedarse más y más en casa. Cuando llegó a la consulta del psicólogo, casi no salía de casa y estaba muy deprimido por una situación que se le había ido de las manos.

3.5.1. Curso y pronóstico del trastorno de pánico con agorafobia

El trastorno de pánico con agorafobia produce un malestar mayor en la vida del paciente que el mismo trastorno sin agorafobia. En un ámbito social, personal, la-

boral, etc., las restricciones que estos síntomas imponen suelen ser más marcadas que en el caso anterior. Además, la comorbilidad con otros trastornos de ansiedad es más elevada en este tipo de pacientes: fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo y fobia específica, y en un 25%, trastorno de ansiedad generalizada.

3.5.2. Epidemiología del trastorno de pánico con agorafobia

Es necesario señalar que el *trastorno de pánico con agorafobia* es mucho más frecuente que el *trastorno de pánico sin agorafobia*. De hecho, se calcula que el 95% de los pacientes pertenecen al primer grupo. Eso se debe, probablemente, a que la mayoría de los ataques de pánico son inducidos por situaciones agorafóbicas.

3.5.3. Diagnóstico diferencial del trastorno de pánico con agorafobia

Además de las pautas indicadas en el trastorno anterior, en el diagnóstico diferencial de este trastorno hay que tener en cuenta las condiciones asociadas a la patología fóbica. Así, por ejemplo, hemos de evitar la confusión con las fobias específicas –los temores del paciente son más limitados, provocados por estímulos concretos como animales, oscuridad, etc., y la limitación de la vida cotidiana es mucho menor– y la fobia social –el paciente tiene miedo en este caso de sentirse observado, hablar con desconocidos, estar en una reunión, ponerse rojo, etc. En cambio, el agorafóbico teme la presentación de un nuevo ataque de pánico y no evita el contacto social. También hay que hacer el diagnóstico diferencial con la agorafobia sin historia de trastorno de pánico, basándonos en la ausencia, en este último caso, de ataques de pánico.

3.6. Trastorno por estrés agudo

Se trata, por definición, de un trastorno temporal pero con bastante gravedad, que surge como respuesta a una situación estresante excepcional. El agente estresante puede ser un acontecimiento traumático y muy impactante y puede

implicar una amenaza a la integridad física del paciente o de quienes lo rodean –catástrofes naturales, accidentes, guerras, violación, torturas, diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales, etc.–, o bien un cambio brusco del entorno social –pérdida súbita de familiares, secuestros o encarcelamientos, etc.

Los síntomas capitales suelen ser especialmente de tipo disociativo, y aquí radicaría una de las principales diferencias con el trastorno por estrés postraumático –embotamiento, desinterés, desrealización, despersonalización, amnesia disociativa, etc. Pero también podemos encontrar síntomas de ansiedad –insomnio, irritabilidad, sobresalto–, fóbicos –evitación de estímulos que recuerden el trauma tanto en el pensamiento como en las actividades o lugares– y de reexperimentación del traumatismo, tanto si es en forma de imágenes, sueños o incluso episodios de *flashback*. No es raro que estos pacientes tengan sentimientos de culpabilidad después del trauma.

Ejemplo

A José le llevaron a la consulta sus padres, diciendo que estaba deprimido. Pero en la entrevista se observó que tenía otro tipo de dificultad. José, de dieciocho años, había tenido un sobresalto mortal, en el sentido más literal de la palabra, esquiando con sus amigos en una de las zonas "fuera de pista", como le gustaba hacer, ya que era un esquiador experto. De pronto, en una pendiente pronunciada, oyó un ruido extraño, una especie de estallido y, de pronto, se vio envuelto en un mar de nieve, piedras, etc. Fue arrastrado por un alud de intensidad media. José no llegó a perder el conocimiento, y fue consciente de toda la caída. Pensaba que moriría. Cuando paró el alud, José pudo empezar a hurgar en la nieve para salir a la superficie. Lo rescataron inmediatamente los servicios de urgencia de la estación de esquí. Las heridas del muchacho no eran graves. Cuando salió de urgencias dijo que no recordaba lo que había pasado. Esa noche le costó mucho dormirse, y unos días después decía que estaba triste, no tenía ganas de ir al instituto y se quedaba como parado en cualquier momento. Muchos de sus amigos fueron a verle, pero José parecía ausente, ni contento ni triste. Unos días después dijo que recordaba que algo le había pasado esquiando, y dijo que no quería saber más del esquí, cosa que antes le entusiasmaba. Cuando despertó dos noches seguidas con pesadillas en las que se veía con los huesos rotos bajo la nieve, sus padres decidieron llevarlo al psicólogo.

3.6.1. Curso y pronóstico del trastorno por estrés agudo

Los síntomas de este trastorno han de presentarse inmediatamente después del trauma y, por definición, tener una duración igual o menor a un mes. Si los

síntomas del paciente se prolongan durante más tiempo, el diagnóstico se sustituye por el de trastorno por estrés postraumático.

Como resulta previsible, variables como el apoyo social, los rasgos de personalidad o los trastornos mentales previos pueden influir en la aparición de este trastorno, pero si el traumatismo es muy intenso se puede sufrir incluso en ausencia de cualquier tipo de factor predisponente.

3.6.2. Diagnóstico diferencial del trastorno por estrés agudo

Algunas personas pueden mostrar síntomas psicóticos –alucinaciones, conducta desorganizada, confusión importante, lenguaje incoherente, etc.– después de la exposición a un traumatismo importante. En este caso, el diagnóstico correcto sería el de trastorno psicótico breve (subtipo con desencadenante grave).

Tampoco se diagnosticará este trastorno si lo que sucede es que tras el traumatismo se observa una acentuación de un trastorno mental preexistente. Es decir, para hacer el diagnóstico es necesario que los síntomas no estuvieran presentes antes del traumatismo.

Hay personas que ante un acontecimiento traumático no muestran la sintomatología descrita, sino otra de menor intensidad que obliga a la consideración de un posible trastorno adaptativo.

3.7. Trastorno por estrés postraumático

Este desorden comparte muchas características con el descrito en el punto anterior: presencia de un traumatismo desencadenante que provocaría malestar en la mayoría de personas, síntomas disociativos, de ansiedad, de evitación de estímulos más o menos asociados al trauma, de reexperimentación del traumatismo, etc. A esta sintomatología habría que añadir un mayor componente de alteración de la esfera afectiva: notable pérdida de interés y motivación por cuestiones y actividades antes gratificantes, sensación de desinterés respecto a los demás, incapacidad para los sentimientos amorosos –especialmente respecto a la intimidad, ternura o sexualidad–, sensación de desesperanza de cara al fu-

turo, etc. Todos estos aspectos, puntales en la vida de las personas, resultan perturbados habitualmente en los sujetos con este tipo de trastorno.

A veces, los pacientes pueden sentirse culpables por el hecho de haber sobrevivido cuando otros perdieron la vida. El traumatismo también puede proceder de otras personas –abusos sexuales o físicos a niños, peleas familiares, secuestros, encarcelamientos o internamientos en campos de concentración, torturas, etc. En estos casos, pueden aparecer con más intensidad los siguienes síntomas: afectación del equilibrio afectivo; comportamiento impulsivo y autodestructivo; síntomas disociativos; molestias somáticas; sentimientos de inutilidad, vergüenza o desesperanza; sensación de perjuicio permanente; pérdida de creencias anteriores; hostilidad; retraimiento social; sensación de peligro constante; deterioro de las relaciones con los otros; y alteración de las características de personalidad previas.

Davidson y Foa (1991) resumen los síntomas de este trastorno en tres grandes grupos: a) síntomas intrusivos: recuerdos, pesadillas, *flashbacks*; b) síntomas de evitación y paralización: evitación de estímulos vinculados al trauma, tendencia a estar alerta, pérdida de interés, desesperanza, escasa implicación social; y c) síntomas de hiperactivación: ansiedad, incapacidad para relajarse, insomnio.

3.7.1. Curso y pronóstico del trastorno por estrés postraumático

El trastorno por estrés postraumático puede iniciarse a cualquier edad. En la infancia suelen aparecer trastornos de conducta, pesadillas recurrentes y síntomas psicosomáticos.

Los síntomas suelen aparecer los tres primeros meses posteriores al trauma, si bien puede haber un lapso temporal de meses, e incluso años, antes de que el cuadro sintomático se ponga de manifiesto. Con frecuencia, la alteración reúne inicialmente los criterios diagnósticos del trastorno por estrés agudo. La duración de los síntomas muestra considerables variaciones. La mitad de los casos se suele recuperar completamente los tres primeros meses. Otras veces pueden persistir algunos síntomas más allá de los doce meses posteriores al acontecimiento traumático. Las consideraciones a propósito de la duración de los síntomas y sobre el tiempo

transcurrido entre la exposición al traumatismo y la aparición de estos síntomas pretenden discriminar entre tres subtipos diferentes de este trastorno:

- *Agudo*, si la duración de los síntomas no es inferior a los tres meses.
- *Crónico*, si la duración de los síntomas es igual o superior a los tres meses.
- *De inicio demorado*, si entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo seis meses.

En estos trastornos puede haber un importante riesgo de presentar trastorno de pánico, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, fobia específica, trastorno depresivo mayor y toxicomanías. Algunos estudios señalan la posibilidad de alteraciones permanentes de la personalidad en los sujetos que padecen este trastorno.

Hay estudios que muestran que los sujetos que han sufrido este trastorno tienen menos probabilidades de acabar sus estudios, formar una familia, encontrar trabajo, etc., y más probabilidades de divorcio, violencia doméstica, problemas con los hijos, insatisfacción general, etc. (Jordan, Marmar, Fairbank, Schlenger, Kulka, Hough y Weiss, 1992).

3.7.2. Epidemiología del trastorno por estrés postraumático

Las cifras sobre la prevalencia de este trastorno son muy variables, y eso se debe fundamentalmente a los diversos tipos de población y situaciones estudiadas. Así, por ejemplo, se calcula que entre los combatientes en una guerra se pueden dar variaciones que oscilan entre el 3,5% y el 50%, según las circunstancias vividas –estar allí, resultar herido, ser hecho prisionero, etc. La mayor tasa de este trastorno parece que se da entre víctimas de violaciones: diversos estudios citan cifras que oscilan entre el 57 y el 70% (Paúl, 1995).

3.7.3. Diagnóstico diferencial del trastorno por estrés postraumático

Es muy similar a lo que hemos visto en el trastorno anterior. Es decir, hay que distinguirlo de un trastorno adaptativo, caso en que el traumatismo puede

revestir cualquier intensidad y la respuesta del sujeto no alcanza la categoría de trastorno por estrés postraumático.

Hay que considerar la posibilidad de que algunos de los síntomas que muestra el paciente puedan deberse a otro trastorno mental (trastorno psicótico breve, trastorno disociativo, de ansiedad, afectivo, etc.). En este caso, se diagnosticaría el trastorno primordial.

3.8. Trastorno por ansiedad generalizada

La característica básica del trastorno por ansiedad generalizada es la preocupación, que puede ser sobre circunstancias vitales y cotidianas muy diferentes. Las preocupaciones de estos pacientes suelen hacer referencia a aspectos como la salud, la familia, cuestiones económicas, el trabajo, los hijos, etc. El sujeto tiene dificultades, muchas veces, para discriminar o puntualizar con exactitud qué es lo que provoca sus síntomas. Por eso se dice a veces que el sujeto tiene ansiedad difusa. Las preocupaciones de este tipo de paciente han de durar, por definición, al menos seis meses, lo cual da una primera idea de la cronicidad a la que tiende este trastorno.

A su vez, los individuos con trastorno por ansiedad generalizada informan de muchos síntomas somáticos (especialmente de tensión motriz, temblores y fatiga) y relacionados con estrés (dolor de cabeza, hipertensión arterial, colon irritable, trastornos gástricos, insomnio, manos frías y pegajosas, boca seca, sudoración, náuseas o diarreas, poliuria, problemas para tragar o quejas de tener *algo en la garganta*, etc.). Las dificultades para concentrarse, la inquietud y la irritabilidad suelen ser motivo de queja de estos pacientes. Suelen reaccionar con ideas negativas ante las novedades o circunstancias mínimamente adversas. Por ejemplo, si alguien se retrasa pueden pensar que le ha pasado algo malo, y por eso siempre se mantienen atentos y alerta. De hecho, se suelen agrupar los síntomas de este trastorno en cuatro grandes grupos: a) tensión motriz b) hiperactivación vegetativa; c) expectación aprensiva; y d) vigilancia y alerta. Los síntomas depresivos también son frecuentes.

3.8.1. Curso y pronóstico del trastorno por ansiedad generalizada

El trastorno por ansiedad generalizada suele iniciarse a mitad de la adolescencia, si bien se calcula que entre un 30% y más del 50% de los sujetos recuerdan ser ansiosos desde la infancia.

El curso es de carácter crónico pero fluctuante, con frecuentes agravamientos coincidiendo con épocas de estrés.

El trastorno por ansiedad generalizada es un trastorno con una alta comorbilidad. Al menos el 80% de los pacientes con este trastorno presentan algún diagnóstico adicional u otro (depresión, trastorno de pánico, fobia social, fobia específica, trastornos relacionados con sustancias como el alcohol, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos).

3.8.2. Epidemiología del trastorno por ansiedad generalizada

El trastorno por ansiedad generalizada parece ser un trastorno bastante común y el más frecuente de todos los trastornos de ansiedad. Algunos datos norteamericanos mencionan porcentajes de incluso el 4%. Pese a estas cifras, se trata de uno de los trastornos de ansiedad menos vistos en las clínicas especializadas, probablemente porque los pacientes suelen vivirlo, lo cual, aunque produce un deterioro importante del funcionamiento global del sujeto, no lo hace de manera rotunda (como puede pasar con algunos trastornos de la serie ansiosa).

3.8.3. Diagnóstico diferencial del trastorno por ansiedad generalizada

El trastorno por ansiedad generalizada es un disgnóstico que frecuentemente lleva a error. Su fiabilidad es muy baja (entre el 0,27 y el 0,57).

El DSM-IV propone que no se diagnostique trastorno por ansiedad generalizada si se observa que la ansiedad se da en el marco de uno de los siguientes trastornos: trastorno del pánico (la ansiedad se relaciona con la probabilidad de sufrir un nuevo ataque de ansiedad); fobia social (la ansiedad se refiere a pasarlo

mal en público); trastorno obsesivo-compulsivo (aparece acompañada de obsesiones y compulsiones); anorexia (ansiedad ante la posibilidad de ganar peso); hipocondría (ansiedad por el convencimiento de sufrir una grave enfermedad); trastorno por estrés postraumático (ansiedad que aparece después de un grave traumatismo); trastorno adaptativo (ansiedad como consecuencia de un acontecimiento vital, y que no suele durar más de seis meses); distimia y otros trastornos afectivos (con afectación del estado de ánimo); y trastornos psicóticos (ansiedad referida a ideas delirantes o experiencias inusuales).

3.9. Trastorno mixto ansioso depresivo

Este trastorno, muy presente en la mente de cualquier clínico, está reconocido como tal por la clasificación ICD-10, pero no por el DSM-IV, que lo incluye en el capítulo titulado "Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores". Sin duda, se trata de una situación que se debe remediar, ya que además de la opinión de los profesionales, hay muchos estudios que muestran cómo los síntomas de ansiedad y de depresión se entrelazan de manera muy frecuente. Es sabido, por ejemplo, que entre el 40 y el 80% de los pacientes con trastorno de pánico exhiben también síntomas de depresión mayor, y que en torno al 25% de los deprimidos experimentan alguna vez un ataque de pánico (Katun y Roy-Byrne, 1991).

La característica esencial de este trastorno consiste en la presentación de síntomas ansiosos (problemas para concentrarse, insomnio, fatiga, irritabilidad, etc.) y depresivos (baja autoestima, llanto fácil, preocupaciones, desesperanza, etc.), sin que ninguno de los dos predomine ni tenga suficiente entidad como para poder ser diagnosticado un trastorno de ansiedad o afectivo. La clínica muestra que cuanto más leves son los síntomas de ansiedad y depresión, más encabalgamiento hay entre ambos cuadros y, por tanto, más posible es que nos hallemos ante un trastorno mixto ansioso depresivo. A medida que el nivel de gravedad de los síntomas de uno u otro signo aumenta, esta posibilidad decrece sustancialmente. Así, esta categoría no debe usarse si las dos series de síntomas, los ansiosos y los depresivos, son tan graves como para justificar el diagnóstico individual respectivo, caso en el que el diagnóstico más adecuado sería el de trastorno adaptativo.

3.10. Trastorno de ansiedad a causa de enfermedad médica

Diagnosticaremos este trastorno cuando dispongamos de pruebas fehacientes de que los síntomas de ansiedad del paciente son con motivo de los efectos de una enfermedad. La relación entre el curso de la enfermedad y los síntomas ansiosos, y también la posible atipicidad del presunto trastorno de ansiedad (en cuanto a edad de inicio, curso, etc.), pueden ponernos sobre la pista de este trastorno.

La lista de trastornos fisiológicos que pueden producir síntomas ansiosos es muy amplia, así que sólo destacaremos algunos de ellos: hipertiroidismo o hipotiroidismo, feocromocitoma, hipoglucemia, arritmias cardíacas, neumonía, déficits vitamínicos, neoplasias, encefalitis, enfermedad vestibular, crisis comiciales, etc.

Ejemplo

Se presenta en la consulta una mujer de cuarenta y tres años, y dice lo siguiente: "Estoy un poco preocupada porque ya me ha pasado dos veces que tengo temblores y se me acelera el corazón. Eso me dura un buen rato, como una hora o más, y después se me pasa, pero quedo como asustada y cansada. A veces siento como pinchazos en las piernas y me tiemblan las manos, aunque esté tan tranquila en mi casa. Se lo he contado a una amiga y me ha dicho que quizá sea cosa de la edad". En el interrogatorio se descubrió que la señora no había consultado a ningún médico por esos síntomas y que, además, había notado que tenía un poco de fiebre durante los últimos días. La profesional continuó con la entrevista y detectó una persona estresada por el trabajo y la vida cotidiana de sus hijos. Pero recomendó una visita médica a causa de los síntomas, que le parecían un poco atípicos (edad de inicio tardía, duración prolongada de las presumibles crisis parciales, pinchazos en las piernas, febrículas, etc.). Después de unos días, la paciente volvió espantada pero agradecida, ya que le habían detectado un incipiente tumor en las suprarrenales. Fue operada con éxito poco tiempo después, y para afrontar todo eso siguió una psicoterapia breve que le resultó muy provechosa.

3.11. Fobia específica

La fobia se define como el miedo persistente e irracional a un objeto, actividad o situación específicos que provoca en el individuo la necesidad imperiosa de evitar dicho objeto, actividad o situación. El sujeto reconoce que el miedo es

exagerado, irracional y desproporcionado respecto al perjuicio real que puede provocar el objeto, actividad o situación. En diversos trastornos mentales, se puede constatar la presencia de algunos temores irracionales y conductas de evitación. No obstante, el diagnóstico de trastorno fóbico, según el DSM-IV, sólo se hace cuando la fobia única o múltiple es el aspecto principal del cuadro clínico, cuando provoca un notable malestar en el individuo y cuando no es subsidiario de ningún otro trastorno mental.

Las fobias específicas se basan en miedos circunscritos a un objeto, situación o actividad concretas. El síndrome posee tres componentes: la ansiedad anticipatoria, que aparece ante la posibilidad de enfrentarse al estímulo fóbico, el temor central en sí mismo y la conducta de evitación que utiliza el paciente para minimizar la ansiedad. En la fobia específica, el miedo se relaciona con las consecuencias derivadas del contacto con el objeto. Las personas con claustrofobia tienen miedo de quedar atrapadas en un ascensor o en un espacio cerrado. Los pacientes con fobia a conducir tienen miedo de los accidentes que pueden causar. Estos miedos son excesivos, irracionales y persistentes, motivo por el cual, a pesar de que la mayoría de los pacientes con fobia específica reconocen que no deberían tener miedo a nada, no pueden evitar ni siquiera disminuir su angustia. En el DSM-IV aparecen descritos por primera vez diversos tipos de fobias específicas: ambiental (por ejemplo, tormentas), animal (por ejemplo, insectos), sangre-inyecciones-dolor, situacional (coches, ascensores, puentes) y otros tipos (por ejemplo, atragantamiento, vómito).

Ejemplo

Un hombre de treinta y seis años, casado y con dos hijos, se presenta en la consulta a inicios del mes de mayo. Dice que está muy preocupado por las próximas fiestas estivales, especialmente por las verbenas. Tiene un miedo insuperable de todo lo que pueda significar un ruido brusco. Los petardos, por tanto, lo sumen en un estado crítico. No sólo es el ruido, sino la posibilidad de que éste se produzca. Así, por ejemplo, ante la visión de un niño que lleva un globo el paciente cambia de acera. Cuando se abre una botella de champán, el paciente tiene que salir del comedor. En las verbenas se encierra en casa con los auriculares puestos y escucha música para no oír los ruidos del exterior. Consulta porque el año pasado uno de sus hijos se quemó con un petardo y él no pudo acompañarlo al ambulatorio, imposibilitado por sus respuestas físicas y psicológicas para conducir, salir a la calle, etc.

3.11.1. Curso y pronóstico de la fobia específica

Los pacientes con fobia específica a los animales suelen manifestar síntomas en la primera infancia, mientras que las fobias situacionales normalmente se inician más tarde. Marks (1969) observó una media de edad de inicio en las fobias a animales de 4,4 años, mientras que los pacientes con fobias situacionales (claustrofobia, acrofobia o miedo de la oscuridad o de las tormentas) presentan una media de edad de inicio de 22,7 años. Aunque los estudios prospectivos sistemáticos existentes son limitados, parece que las fobias específicas siguen un curso crónico si no reciben tratamiento (Hollander y col., 1996).

3.11.2. Epidemiología de la fobia específica

Las fobias específicas son el trastorno mental más común, con unas tasas de prevalencia a los seis meses de entre el 5 y el 10% (Kaplan, Sacock y Grebb, 1996). Las fobias específicas son más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres (dos a uno), aunque esta proporción pasa a ser de uno a uno cuando se trata de fobia a la sangre-inyecciones-heridas. En España, hay pocos estudios que distingan entre fobia específica y fobia social, y la mayoría engloba los resultados en trastornos de ansiedad. En un artículo reciente, Arillo estudia la morbididad psíquica en mujeres de una zona urbana de Navarra y encuentra valores de un 8,9% de mujeres que sufre fobia especifica, mientras que Soler Insa habla de un 10-11%, en población general (Soler Insa, 1999).

3.11.3. Diagnóstico diferencial de la fobia específica

Antes de que se pueda diagnosticar un trastorno fóbico, hay que descartar la presencia de otros trastornos que puedan dar lugar a miedos y a conductas de evitación.

La evitación de situaciones sociales forma parte del trastorno de personalidad por evitación, de la agorafobia, del trastorno obsesivo-compulsivo y de los trastornos psicóticos. Los sujetos paranoides tienen miedo de que otra persona

pueda perjudicarles; en cambio, los pacientes con fobia social temen que su propia actuación pueda provocarles vergüenza o humillación. En el trastorno de la personalidad por evitación se teme, principalmente, el rechazo o ridículo ante los demás. Algunos pacientes agorafóbicos refieren su miedo a exponerse a una situación enojosa si pierden el control en el curso de una crisis de angustia.

3.12. Fobia social

En la fobia social, el miedo central del paciente es que su forma de actuar lo someta a una situación de vergüenza ante los demás. Los pacientes con fobia social temen y evitan diversas situaciones en las que se sentirían requeridos a actuar en presencia de otra persona. Son fobias sociales típicas el miedo a hablar, comer o escribir en público y a utilizar urinarios públicos, como también asistir a fiestas o entrevistas. Además, un miedo común de los individuos con una fobia social es que la gente sea capaz de detectar y ridiculizar su ansiedad ante situaciones sociales. La sudoración, la ruborización y la sequedad de boca son habituales en la ansiedad social (Hollander y col.,1996). Las crisis de angustia se pueden producir en individuos con una fobia social como respuesta a situaciones sociales temidas. Las personas que sólo presentan fobia social en una sola circunstancia pueden vivir relativamente asintomáticas, excepto cuando se enfrentan a la situación fóbica. Cuando tienen necesidad de encararse a tal situación, suelen presentar una intensa ansiedad anticipatoria. El hecho de que haya muchas fobias sociales puede conducir a una desmorilización crónica, al aislamiento social y a un deterioro incapacitante. El alcohol y los fármacos sedantes se pueden utilizar para, como mínimo, aliviar el componente anticipatorio de este trastorno de ansiedad, hecho que a veces da lugar al abuso de sustancias psicotropas.

Ejemplo

Una mujer de veintisiete años acude por presentar miedo cuando se ve obligada a hablar en público. No muestra ninguna dificultad cuando habla con dos o tres personas de manera informal, pero no soporta subir a una tarima o el hecho de dirigirse a un grupo de personas sentadas ante ella que la miren fijamente. Tartamudea, se pierde, suda, no puede mirar al público, cree que lo está haciendo fatal, etc. Por motivos laborales es previsible que de aquí a unos meses tenga que dirigirse a los participantes de una importante reunión de trabajo. Si falla en esa reunión, su futuro en la empresa se puede ver comprometido. Eso le ha motivado a hacer la consulta.

3.12.1. Curso y pronóstico de la fobia social

La fobia social comienza sobre todo en la adolescencia y al principio de la edad adulta, más pronto que en los agorafóbicos, y el curso de la enfermedad es crónico. El inicio de los síntomas puede ser agudo a partir de una experiencia social humillante, pero habitualmente es insidioso durante meses o años, sin que haya un desencadenante claro. En un estudio epidemiológico sobre la fobia social, Schneier y sus colaboradores (1992) encontraron que el 70% de los sujetos afectados era mujeres. Estos hallazgos fueron similares a los obtenidos en las muestras clínicas. La media de edad de inicio fue los quince años, y se observó una importante morbididad asociada, incluyendo mayor dependencia y un aumento de las ideas suicidas.

3.12.2. Epidemiología de la fobia social

Contamos con pocos estudios nacionales que distingan entre fobia específica y fobia social. Además, la mayor parte de éstos engloba los resultados en trastornos de ansiedad. Arillo, en el artículo citado, estudia la morbididad psíquica en mujeres de una zona urbana de Navarra y encuentra valores de un 4,6% que sufren fobia social. Soler Insa y colaboradores mencionan valores de 12-13% (Soler Insa, 1999).

3.12.3. Diagnóstico diferencial de la fobia social

La evitación de situaciones sociales forma parte de los trastornos de personalidad por evitación, de la agorafobia, del trastorno obsesivo-compulsivo y de los trastornos psicóticos. Los sujetos paranoides tienen miedo de que las otras personas puedan perjudicarles; en cambio, los pacientes con fobia social temen que su propia actuación pueda ocasionarles vergüenza o humillación. En el trastorno de la personalidad por evitación, se teme principalmente el rechazo o ridículo ante los demás. Algunos pacientes agorafóbicos refieren su miedo a exponerse a una situación enojosa si pierden el control en el curso de una crisis

de angustia. Estos pacientes se distinguen de los fóbicos sociales por la presencia de crisis de angustia en situaciones que no siempre implican observación de los demás. La ansiedad en la relación interpersonal o el miedo de la humillación, que pueden llevar a la evitación social, no se diagnostican como fobia social cuando tienen lugar en el contexto de la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, la psicosis reactiva breve o el trastorno depresivo mayor.

El aislamiento social que aparece en los trastornos depresivos se asocia habitualmente a la ausencia de interés por la compañía de la gente más que el miedo a la observación; por el contrario, los pacientes con fobial social, en general, expresan su deseo de ser capaces de actuar de manera adecuada con los demás y anticipan un sentimiento agradable por esta posibilidad.

3.13. Agorafobia sin historia de trastorno de pánico

La característica principal de este trastorno consiste en presentar conducta agorafóbica con la particularidad de que no está condicionada por la presencia de ataques de pánico. Las personas con este trastorno pueden haber experimentado sensaciones similares a las de un ataque de pánico, pero nunca, por definición, ataques de pánico completos. Por ello este diagnóstico no se hará si el sujeto cumple los criterios diagnósticos de trastorno de pánico.

El temor que expresan se centra en el miedo de experimentar sensaciones limitadas de ansiedad, como mareos, pérdida del control de esfínteres, sudoración, etc., o bien sencillamente el miedo de sentirse desprotegidos, a disgusto, etc., en situaciones donde escapar o pedir ayuda no sea factible.

En los casos graves, al igual que en el trastorno de pánico con agorafobia, los pacientes pueden quedarse en su casa, con miedo de salir sin compañía e incluso de permanecer solos dentro de su casa.

3.13.1. Curso y pronóstico de la agorafobia sin historia de trastorno de pánico

Se sabe poco sobre este trastorno, ya que es poco frecuente en las consultas profesionales. Sin ayuda profesional se puede cronificar y causar un considera-

ble deterioro en la vida del paciente. La desmoralización y/o depresión secundaria no es extraña en estos casos.

3.13.2. Epidemiología de la agorafobia sin historia de trastorno de pánico

La experiencia clínica indica que la mayoría de casos (más del 95%, según el DSM-IV) que acuden a centros de salud mental afectados de agorafobia presentan trastorno de pánico con agorafobia. Al mismo tiempo, hay cierta evidencia empírica (Horwath, Lish, Johnson Horning y Weissmann, 1993) de que la prevalencia de la agorafobia sin historia de pánico es superior a la del trastorno anterior. Los estudios epidemiológicos señalan que más del 70% de las personas con agorafobia nunca han experimentado ataques de pánico. Las razones de estas discrepancias entre los estudios epidemiológicos y la clínica siguen sin resolver, y puede ser a causa de las diferencias de los instrumentos de evaluación empleados o, sencillamente, por el hecho de que las personas con trastorno de pánico con agorafobia consultan más que los agorafóbicos sin historia de pánico.

3.13.3. Diagnóstico diferencial de la agorafobia sin historia de trastorno de pánico

La agorafobia sin historia de trastorno de pánico se diferencia del trastorno de angustia con agorafobia por la ausencia de antecedentes de crisis de ansiedad inesperadas y reincidentes. Los comportamientos de evitación en la agorafobia sin historia de trastorno de pánico obedecen al miedo de sentir incapacitación o humillación pública, como consecuencia de los síntomas similares a la crisis de ansiedad, cuya aparición es súbita e imprevisible, y no a las crisis completas, como sucede en el trastorno de pánico con agorafobia.

Respecto a la fobia social, los individuos evitan los actos sociales o las actuaciones ante el público por miedo de que su comportamiento pueda humillarlos o ponerlos en un compromiso. No obstante, la evitación queda restringida a las situaciones en las que el sujeto se siente observado.

En la fobia específica se evitan objetos o situaciones muy específicas, con un nivel de restricción de la vida cotidiana muy pequeño en comparación con el trastorno que nos ocupa.

En la depresión mayor, el individuo puede evitar salir de casa a causa de su apatía, pérdida de energía y anhedonismo.

Los miedos persecutorios (propios del trastorno delirante) y el miedo de contaminarse (característico del trastorno obsesivo-compulsivo) igualmente pueden conducir a comportamientos de evitación generalizados. Las cogniciones propias de ambos trastornos servirán para diferenciarlos de la agorafobia sin historia de trastorno de pánico.

3.14. Trastorno obsesivo-compulsivo

La OMS, en la CIE 10 (OMS, 1992), define el trastorno obsesivo-compulsivo (de aquí en adelante, TOC) de la siguiente manera:

> "La característica esencial de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo de manera estereotipada. Suelen ser desagradables por su contenido violento u obsceno, o porque son percibidos como carentes de sentido, y quien los padece suele intentar, normalmente sin éxito, resistirse a ellos. No obstante, son percibidos como pensamientos propios, pese al hecho de que son involuntarios y a menudo repulsivos. Los actos o rituales compulsivos son formas de conducta estereotipadas que se repiten una y otra vez. No son agradables por sí mismos, ni dan lugar a actividades útiles por sí mismas. Para el enfermo cumplen la función de prevenir que tenga lugar algún hecho objetivamente improbable. Suelen ser rituales para conjurar que uno mismo reciba mal de otro o que se lo pueda producir a otros. A menudo, pero no siempre, este comportamiento es reconocido por el enfermo como carente de sentido o de eficacia, y hace reiterados esfuerzos para resistirse a ellos."
>
> OMS (1992). CIE 10 (pág. 179).

Ejemplo

Cuando María sale de su casa, siempre tiene la duda de si ha cerrado debidamente la llave del gas. Lo comprueba varias veces, incluso husmeando en torno a la llave para que la comprobación no dependa sólo de la vista y el tacto. Invierte en eso un buen rato, a veces más de 15 minutos. Una vez ha abandonado la casa, a veces tiene que

volver para comprobar de nuevo que la llave haya quedado girada hasta el tope. Piensa que es posible que si la gira con fuerza pueda dejar un especia abierto (por el rebote de la goma ante la presión ejercida). Dice que lo hace porque el gas es peligroso y podría explotar, y en el piso de arriba viven sus padres, de los que cuida porque son muy mayores.

Otro aspecto muy importante de los sujetos con TOC es su tonalidad afectiva. Se ha discutido mucho sobre cuál es el estado básico afectivo de estos pacientes. Algunos autores insisten en que se trata de ansiedad, mientras que otros dicen que se trata de un tono depresivo. Si vamos un poco más allá, veremos que los pacientes se caracterizan por otro tono afectivo particular: el sentimiento de culpa y el sentimiento de disconformidad interna. La culpa les corroe y el sujeto no lo acaba de aceptar, luchando en contra de ella. La disconformidad lo lleva a pensar en sus imperfecciones, jamás están satisfechos de lo que han hecho, la perfección siempre es inalcanzable, y por eso han de repetir muchas de las acciones que acometen: si se lavan las manos, han de hacerlo muchas veces, pero quizá no queden bien limpias; es decir, siempre dudan.

En resumen, dentro de los TOC tenemos, por un lado, las *obsesiones*, es decir, un factor ideativo, cognitivo, y las *compulsiones*, un factor conductual, motor, consecuencia del anterior. Vamos a describir ambos.

1) Obsesiones

Hay muchos tipos de obsesiones:

a) *Dudas obsesivas*. El paciente no puede dejar de pensar que no se siente absolutamente seguro de si ha hecho una acción u otra, lo cual suele conducir a actos de comprobación y de repetición de la acción realizada. Son típicas las dudas sobre si se han hecho correctamente maniobras que impliquen la fijación de elementos mecánicos, como ruedas de recambio, la duda sobre si se han cerrado bien las puertas, luces o gas cuando se sale de casa, sobre si se han hecho correctamente actos profesionales en contabilidad, facturación, pedidos, comunicados de avisos, reparaciones que de ser deficientes podrían constituir causa de graves daños, etc.

Ejemplo

Pedro trabaja en una sección de mantenimiento de una empresa de automóviles. Sufre mucho cuando piensa si ha fijado de manera segura los soportes de la cadena de

montaje cuando han de intervenir en ella. Se imagina que por su culpa un vehículo se desprende de la cadena y atrapa al obrero que lo manipula. Por eso es un trabajador especialmente lento, que repite una y otra vez las mismas acciones. Su encargado está bastante cansado y lo ha amenazado con cambiarlo de sección porque, según dice, repasa en exceso su trabajo y no rinde lo suficiente.

b) *Obsesiones nosofóbicas*. Es frecuente en el TOC la preocupación por la posibilidad de sufrir ciertas enfermedades. En el obsesivo, más que el miedo de tener la enfermedad, predomina la preocupación por si toma suficientes precauciones o no para evitar contraerla o para llegar a su diagnóstico con la precocidad suficiente para permitir un tratamiento eficaz, o si un resultado negativo en las pruebas diagnósticas merece suficiente credibilidad como para no tener que repetirlas. Eso suele comportar conductas "protectoras" como lavarse repetidamente las manos, a menudo usando detergentes cada vez más agresivos y se llega, a veces, a la producción de lesiones en la piel (es frecuente ver las manos de estos pacientes con la piel agrietada y enrojecida). Estos lavados suelen acabar siendo procedimientos complicados, que deben hacerse en un orden preciso y durante un determinado espacio de tiempo.

c) *Escrúpulos obsesivos*. El paciente con escrúpulos obsesivos vive asediado por conceptos como la responsabilidad, la culpa, el pecado, lo que está bien y lo que está mal. Cualquier minucia en su comportamiento tiende a ser juzgada por él mismo con gran severidad. Tiene miedo continuamente de haber podido transgredir normas religiosas o morales, lo cual le ocasiona la necesidad de reparar estas transgresiones compensando el "mal" que haya podido causar a terceros o confesándose, si es católico, para hacerse perdonar los pecados cometidos.

Ejemplo

Laura, que hace terapia desde hace años, explica que en una salida con sus compañeros de trabajo bailó un rato con uno de ellos. Cuando llegó a casa no podía dormir, pensando si eso sería engañar a su pareja, traicionarlo, "ponerle los cuernos, como se dice vulgarmente". Cuando su ansiedad se hizo insoportable, despertó a su novio y le confesó lo que había pasado. El chico, que conocía sus dificultades obsesivas, la tranquilizó y siguió durmiendo tranquilamente.

d) *Ideas de contraste*. Aparecen en la mente de quien las padece de manera brusca, como una chispa que se enciende y se apaga, dejando al paciente sobresaltado sobre su chocante contenido. Esta idea suele encontrarse en contradicción con las creencias del paciente o con sus sentimientos. Así, personas

religiosas tienen pensamientos eróticos al entrar en la iglesia, o padres que quieren mucho a sus hijos piensan en abandonarlos en mitad del trayecto de coche.

e) *Fobias de impulsión*. Ante la visión de un cuchillo de cocina, determinado paciente experimenta el "temor de perder el control, volverse loco y poder llegar a clavarse el cuchillo". Otro no puede acercarse a los balcones por miedo a tirarse al vacío (en ausencia de idea suicida y sin deseo de cometer esa acción). Otro paciente, en una importante reunión de empresa, tiene miedo de poder levantarse y, ante todos los presentes, abrirse la cremallera del pantalón. En todos esos casos vemos cómo el síntoma consiste en un temor irracional a llegar a ejecutar una cosa que no se desea hacer y que, sin duda, constituiría una barbaridad si llegase a producirse. Es, por tanto, una fobia al impulso, a perder el control sobre éste.

f) *Cavilaciones obsesivas*. Determinado problema, de cariz filosófico, se presenta una vez y otra al sujeto con carácter urgente, con dificultad para dejar de pensar en él, con ansiedad por no poder resolverlo.

g) *Aritmomanía*. Necesidad obsesiva de contar, sumar, comprobar si una cantidad es capicúa o si sumadas las cifras que la componen, arrojan un resultado par o impar, de contar las baldosas antes de cruzar una habitación, etc.

Ejemplo

Una paciente dice que tiene la necesidad de contar continuamente cualquier cosa que pase. Por poner un ejemplo, dice: "¿Sabes lo que hago cuando desayuno? Cuento cuántas veces mastico los cereales. Las masticaciones no deben ser inferiores a 500, porque los cereales son muy difíciles de digerir". Otra explica que tiene que contar los documentos de texto que están almacenados en el disco duro de su ordenador varias veces al día. Los contabiliza y repasa el cálculo, siempre con ansiedad por si se ha equivocado al contar. Tiene media docena de copias de seguridad de estos documentos. Al menos una vez al día tiene que revisar estas copias de seguridad y contar los documentos que hay almacenados en ellas.

2) Actos obsesivos

En cuanto a los *actos obsesivos*, podemos distinguir:

a) *Compulsiones*. En la compulsión pura, el sujeto se siente obligado a hacer un acto absurdo, o al menos totalmente innecesario, sin que haya una razón, ni siquiera obsesiva, para ello. La resistencia a ejecutar esta acción está acompañada de una fuerte ansiedad, y para evitarla o aligerarla, se acaba haciendo.

Ejemplo

Federico no puede estar tranquilo si no rectifica la horizontalidad de ciertos objetos que ve ante él. Con toda atención, observa cuadros, pósters, calendarios y otras cosas que se pueden colgar en la pared. Cuando llega a su despacho, es lo primero que hace cada día (allí tiene un nivel como el que usan los albañiles para verificar la corrección de la construcción de una pared). El problema surge cuando siente la compulsión de rectificar un cuadro en un bar, en el despacho de su jefe o en un domicilio que no es el suyo. Entonces, con una excusa, y como quien no quiere la cosa, toca y pone recto el cuadro en cuestión. La primera vez no pasa nada especial ni nadie le da importancia, pero siempre tiene que esperar a quedarse solo en el cuarto, o bien irse sin verificar su impulso para que no le tachen de raro, lo cual lo sume en un elevado estado de ansiedad.

b) *Actos obsesivos secundarios a obsesiones ideativas*. Básicamente, ya han quedado descritos por los ejemplos proporcionados cuando explicábamos las obsesiones ideativas. Allí veíamos cómo a menudo la idea obsesiva provoca una acción que trata de reducir la ansiedad que acompaña a la idea. Así, resulta comprensible que quien vive asediado por el miedo a los gérmenes se pase el día lavándose, o que quien duda sobre si ha hecho algo que acaba de hacer pierda mucho tiempo en comprobaciones. La elevada complejidad que estos actos pueden llegar a adquirir justifica el nombre de rituales compulsivos con que se los suele denominar. Los de limpieza y los de comprobación son los más frecuentes.

Como hemos comentado, no todos los rituales obsesivos de conducta tienen una vinculación directa con la ideación obsesiva. A veces, el ritual aparece, en el modo de las compulsiones, como una necesidad absurda que ha de ser realizada para evitar la ansiedad que su omisión provocaría. Por ejemplo, alguien ha de ordenar su ropa antes de dormir según un orden extrañamente escogido: cada pieza doblada de una manera determinada y colocada sobre las del mismo color; los zapatos con las punteras alineadas y mirando al norte, y antes de meterse en la cama, ha de agacharse tres veces y comprobar que no hay nadie escondido debajo de la cama.

Dentro de la clínica de los TOC,[17] es obligado hablar de la *personalidad obsesivo-compulsiva*. Se trata de sujetos muy inhibidos en sus actividades, prudentes,

17. Podemos comentar una cuestión curiosa. Se describe un TOC y un TOC de la personalidad. Pero la cuestión es que en el TOC de la personalidad ¡*no* hay, por definición, ni obsesiones ni compulsiones! ¿No sería más lógico denominarlo de otro modo? Como puede ver, a la Psicopatología aún le falta mucho camino por recorrer en su tarea científica. Incluso en su primer nivel, el puramente descriptivo.

puntales, que siempre dudan a la hora de tomar una decisión. En sus relaciones son dependientes de los otros, que a menudo han de decidir por ellos o meterles prisa. También son sujetos muy trabajadores, ordenados y pulcros, detallistas y meticulosos. Suelen tener actitudes moralistas muy arraigadas. El DSM-IV exige al menos cuatro de los siguiente criterios: perfeccionismo, detallismo, exigencia a los demás para que hagan las cosas como ellos quieren o creen que son correctas, indecisión, escrupulosidad, expresión restringida de afecto, avaricia, coleccionismo y conservación de objetos, aunque sean inútiles y no tengan valor sentimeintal, dedicación excesiva al trabajo, moralismo, etc.

3.14.1. Curso y pronóstico del trastorno obsesivo-compulsivo

Con frecuencia aparece sobre un fondo de personalidad obsesiva, y la transición de una condición a otra puede ser difícil de establecer cuando se ha producido, ya que los rasgos obsesivos de personalidad y los síntomas clínicos como ideas obsesivas y rituales de conducta guardan a menudo una estrecha relación. Incluso estos rituales pueden aparecer a partir del progresivo agravamiento de los síntomas.

El TOC es de evolución crónica, puede experimentar altibajos en su gravedad, que admite grados diversos de intensidad, desde los casos más o menos leves que cursan de modo oculto incluso para las personas más partidarias hasta cuadros de grave invalidación y sufrimiento lacerante.

El inicio, generalmente impreciso, suele ser juvenil. Incluso hay casos de clínica manifestada ya desde la infancia.

A veces el inicio del problema puede coincidir con una situación personal que haya actuado como desencadenante. En estos casos incluso una anamnesis cuidadosa descubre que anteriormente ya había rasgos de personalidad obsesiva, y quizás síntomas de TOC a los que no se prestó atención porque no eran casi molestos.

3.14.2. Epidemiología del trastorno obsesivo-compulsivo

El trastorno se reparte por igual entre ambos sexos. Suele considerarse que hay más TOC entre las clases altas y personas de buen nivel intelectual y educa-

tivo. Dentro de la población general, calculad que entre un 0,05% y un 2% padece TOC, y en la población psiquiátrica se calcula que hay un 1%.

3.14.3. Diagnóstico diferencial del trastorno obsesivo-compulsivo

En general, el trastorno obsesivo-compulsivo típico plantea ciertos problemas de diagnóstico diferencial, pero también es cierto que constituye una patología muy singular y característica. Con todo, hay que tener en cuenta:

1) Hemos de distinguir en primer lugar con las fobias. Éste es el diagnóstico diferencial más complejo. Hay que recordar que en el TOC predomina el ritual sobre la evitación, y que tiene más miedo de situaciones potenciales que de las reales (se temen cosas de un contenido más mágico). Por otro lado, hay más disgusto en el TOC que en la fobia, donde lo que prima es el miedo. En el TOC pocas veces aparecen crisis de angustia, y en la fobia se puede dar con cierta frecuencia, etc.

– La depresión mayor puede acompañarse de sintomatología obsesivoide. Pero el curso básico que suele tener esta enfermedad, la dependencia de los síntomas obsesivoides respecto a los periodos de alteración del humor y la menor estabilidad y caracterización de estos síntomas hacen fácil el diagnóstico entre estos dos grupos patológicos. Hay que considerar que aproximadamente el 30% de los depresivos tienen síntomas obsesivos, y muchos obsesivos presentan síntomas depresivos. La culpa, la ansiedad, la buena respuesta a los antidepresivos, las dudas o indecisiones son factores comunes entre depresión y obsesión. Pero el depresivo está más inhibido, piensa más en el suicidio, se autoinculpa y desvalora (pero de manera egosintónica, mientras que el obsesivo lo hace de manera egodistónica), puede pasar por episodios maníacos –en caso de ser una depresión bipolar–, su estado de ánimo varía en un día, se recupera por un tiempo y no muestra esta sintomatología, etc.

2) En el trastorno por ansiedad generalizada también se pueden dar preocupaciones que recuerden en algo a las cavilaciones obsesivas. Pero los pensamientos del obsesivo suelen ser más irreales, mientras que lo que preocupa al ansioso es más cotidiano y realista.

3) Si la preocupación se refiere sólo a padecer una enfermedad, y éste es el principal síntoma del sujeto, nos hallamos ante un caso de hipocondría y no de TOC. El hipocondriaco está muy atento a todas las sensaciones de su organismo, y cualquier detalle lo interpreta de manera errónea, considerando que tiene una enfermedad. La hipocondria puede llegar a adoptar características delirantes.

– En la esquizofrenia puede haber sintomatología obsesivoide. Las dificultades de diagnóstico diferencial podrán existir sobre todo al principio. Cuando la enfermedad esquizofrénica está más avanzada, si se observa el viraje del pensamiento obsesivoida hacia el delirante, o la aparición de otros fenómenos, como alucionaciones o el progresivo avance de la sintomatología negativa, se hará patente cuál es la naturaleza de la patología que al principio desorientaba por el típico polimorfismo de las esquizofrenias incipientes.

3.15. Trastornos adaptativos

3.15.1. Introducción a los trastornos adaptativos

Hay una cierta contradicción entre la relativa escasez de estudios en la literatura psicopatológica en relación con los trastornos de adaptación y la gran cantidad de pacientes que solicitan atención relacionada con las consultas psicológicas y de asistencia primaria. Posiblemente, ésto es porque la mayoría de esos trastornos son diagnosticados como ansiedad, depresión o somatoformes, lo cual indica la dificultad que presentan en su definición. Como veremos más adelante, esta definición se basa en la presencia de una sintomatología que no les es propia, sino "prestada" de los trastornos anteriormente mencionados, y en la existencia de una situación de cambio y/o estrés en la vida del paciente.

Es precisamente esta última característica, la relación del trastorno con los acontecimientos vitales del paciente, lo que les hace tan frecuentes y relevantes en la práctica de la psicología clínica.

3.15.2. Criterios diagnósticos y subtipos de los trastornos adaptativos

Según las ideas expresadas en el apartado anterior, se entenderá que el núcleo diagnóstico del trastorno adaptativo, tanto para el DSM-IV como para el ICD-10, radica en una respuesta psicológica a un exterior psicosocial y/o cambio biográfico, cosa que constituye el primer criterio tanto para un sistema como para otro.

Tabla 2.9. Criterios diagnósticos del DSM-IV y el ICD-10 para el trastorno adaptativo

Criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno adaptativo
• La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable se produce al cabo de los tres meses siguientes a la aparición de éste.
• Estos síntomas o comportamientos se expresan clínicamente de la siguiente manera:
– Malestar mayor que el que se podría esperar en respuesta al estresante.
– Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica).
• La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otros trastornos
• específicos del eje I, ni constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente en el eje I o el eje II.
• Los síntomas no responden a una reacción de duelo.
• Una vez cesado el estresante o sus consecuencias, los síntomas no persisten más de seis meses.
Criterios diagnósticos del ICD-10 para el trastorno adaptativo
• Estado de malestar subjetivo, acompañado por alteración emocional que interfiere con la actividad social y que surge en el periodo de adaptación a un cambio biográfico o a un acontecimiento vital estresante.
• Hay una vulnerabilidad individual, pero el trastorno no se habría producido si no hubiera existido el agente estresante.
• Ninguno de los síntomas es por sí solo lo suficientemente grave o importante para justificar un diagnóstico más específico.
• Suele iniciarse el mes posterior al momento en que ha aparecido el acontecimiento estresante, y la duración de los síntomas pocas veces excede los seis meses.
• Incluye choque cultural, reacciones de duelo y hospitalismo en los niños.
• Excluye trastorno de ansiedad de separación en la infancia.

Tabla 2.10. Subtipos y clínica del trastorno adaptativo para el DSM-IV y el ICD-10

Subtipos y clínica del trastorno adaptativo para el DSM-IV
• **Con estado de ánimo depresivo**. Estado de ánimo depresivo, llanto o desesperanza.
• **Con ansiedad**. Nerviosismo, preocupación o inquietud o, en los niños, miedo de la separación de las figuras de más vinculación.
• Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo
• **Con trastorno del comportamiento**. Violación de los derechos de los otros o de las normas o reglas sociales apropiadas a la edad (por ejemplo, gandulería, vandalismo, conducción irresponsables, peleas e incumplimiento de las obligaciones legales).
• Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento
• No especificado

Subtipos y clínica del trastorno adaptativo para el ICD-10
• **Reacción depresiva breve**. Estado depresivo moderado y transitorio, cuya duración no supera un mes.
• **Reacción depresiva prolongada**. Estado depresivo moderado cuya duración no supera los dos años.
• **Reacción mixta de ansiedad y depresión**. Los síntomas tanto de ansiedad como de depresión son destacados, pero no mayores que en el grado especificado para los trastornos de ansiedad y depresión.
• **Con predominio de otras emociones**. Preocupaciones, tensiones e ira. En los niños conducta regresiva como enuresis nocturna o succión del pulgar.
• **Con predominio de alteraciones disociales**. La alteración principal es la del comportamiento como una reacción de pena o de dolor en un adolescente, que se traduce en un comportamiento agresivo o disocial.
• **Con alteraciones mixtas de emociones y disociales**.

3.15.3. Curso y pronóstico de los trastornos adaptativos

Por definición, la aparición de un trastorno adaptativo está asociado a la presencia de un acontecimiento vital estresante para el paciente y es temporal. O se resuelve o evoluciona hacia un cuadro más severo.

Para el ICD-10, los síntomas suelen empezar el mes siguiente a la presentación del acontecimiento estresante o cambio vital, y cuando no duran más de un mes, se califican como "reacción depresiva breve". En cambio, el DSM-IV establece como criterio que se puedan presentar durante los tres meses siguientes al inicio del factor estresante. Si los síntomas no duran más de seis meses, o bien porque el estresante ha cesado o desaparecido o porque el sujeto ha llevado a cabo el proceso de adaptación a la nueva situación, el DSM-IV le aplica el calificativo de "agudo". [18]

En general, el pronóstico del trastorno adaptativo es favorable si se sigue un tratamiento adecuado. En algunos pacientes, la remisión de los síntomas es muy rápida tras unas cuantas sesiones con terapia de apoyo y en la mayoría se consigue la adaptación a la nueva situación en un plazo de tiempo relativamen-

18. En nuestra opinión, no es tan importante fijar unos plazos, que pese a la tenacidad del DSM y de la ICD, han demostrado ser poco útiles, como establecer la diferencia entre lo que sería una reacción limitada en el tiempo y una situación de respuesta emocional a una nueva sitaución que persiste cuando la situación se ha normalizado (presiones laborales) o se muestra incapaz de adaptarse a ella si la modificación es permanente (separación o divorcio). Cuando sucede esto último, es alta la probabilidad de que el trastorno adaptativo evolucione hacia otro tipo de trastorno, como por ejemplo el depresivo, de ansiedad o de ingesta de alcohol, y el nuevo diagnóstico sustituya al de trastorno adaptativo.

te breve. Algunos grupos de edad, como los adolescentes, suelen requerir más tiempo para la adaptación que los adultos, y corren un mayor riesgo de evolucionar hacia otros trastornos (depresión, abuso de sustancias, etc.). El indicador más claro de mal pronóstico es la prevalencia de sintomatología conductual. Parece que en los niños el pronóstico es mejor, ya que presentan más capacidad de adaptación.

3.15.4. Epidemiología de los trastornos adaptativos

No existen casi estudios epidemiológicos, probablemente porque estos trastornos se confunden con los trastornos de ansiedad y depresión. El DSM-IV menciona una prevalencia de entre el 5 y el 20% como diagnóstico principal en pacientes atendidos en atención primaria en salud mental. Tizón (1992) plantea una prevalencia del 20% en estos mismo servicios, y Morera y Calvo (1998) recogen la cifra del 13,5% de total de trastornos psicopatológicos atendidos en atención médica primaria, y subrayan la importancia que tienen en la práctica de la medicina en este nivel. Si se tienen en cuenta que algunos de estos pacientes nunca llegarán a los servicios de salud mental, la prevalencia total puede aumentar por encima del 20%. A eso hay que añadir que muchos pacientes con un posible diagnóstico en este sentido no visitarán jamás a un especialista.

Se acepta que los trastornos adaptativos pueden presentarse a cualquier edad, en ambos sexos y en cualquier contexto social, educacional y cultural. Estas variables determinan en gran manera las diferentes formas de expresión del trastorno. En los niños, por ejemplo, puede adquirir la forma de síntomas físicos y/o conductas regresivas (chuparse el dedo, enuresis nocturna, etc.). Parece que hay diferencia en la expresión entre mujeres y hombres con prevalencias de síntomas emocionales o conductuales, como ya se ha comentado. Hay poca información sobre cómo se expresan en diferentes culturas (Castell, 1997), aunque representa que este factor debe ser importante. En este sentido, comienzan a ser punto de referencia los estudios sobre los problemas y procesos de adaptación de las poblaciones emigrantes a los países occidentales (Achotegui, 1994), en los que este tipo de trastornos serían uno de los más frecuentes.

3.15.5. Diagnóstico diferencial de los trastornos adaptativos

Como es lógico, no todos los seres humanos que han de enfrentarse a un acontecimiento vital o un conjunto de estresores o cambios en su biografía desarrollan los síntomas propios de un trastorno adaptativo, aunque los afronten con cierto malestar psicológico. La mayoría lograrán una nueva adaptación por sus propios recursos personales, las ayudas que sean capaces de buscar y encontrar en su comunidad y con un coste emocional y vital aceptable para el sujeto.

Como se ha comentado, el trastorno adaptativo es un diagnóstico residual que se hace por exclusión de otros trastornos en los que también se puede identificar un estresor psicosocial. Eso significa que, a causa de la sintomatología característica, el diagnóstico diferencial más frecuente será con un trastorno de ansiedad generalizada y/o un trastorno depresivo, distimia o episodio mayor, donde se identifica un estresor relacionado con la sintomatología, situación muy frecuente en la clínica psicológica. Se optará por el trastorno adaptativo cuando la intensidad de los síntomas y disfunción en las actividades cotidianas no justifiquen los diagnósticos anteriormente mencionados.

Hay, además de las dos mencionadas en el párrafo anterior, una amplia gama de posibles respuestas psicopatológicas a los acontecimientos vitales, que incluyen trastornos psicóticos breves, trastornos fóbicos, trastornos de somatización, trastornos disociativos, trastornos facticios, trastornos relacionados con la ingesta de sustancias, trastornos de conducta y, especialmente, trastornos por estrés postraumático. La mayoría cumplen sus propios criterios diagnósticos específicos, que son diferentes de los del trastorno adaptativo. De nuevo, la intensidad de los síntomas marcará el diagnóstico.

Merecen una mención especial el trastorno por estrés postraumático (TPEP) y el trastorno por estrés agudo. Estos dos últimos, del mismo modo que el trastorno adaptativo, requieren como condición imprescindible para su presentación un acontecimiento social estresante, al contrario de los que hemos mencionado hasta aquí, donde es posible la asociación a un acontecimiento estresante pero no imprescindible.

El trastorno por estrés postraumático y el trastorno por estrés agudo se caracterizan por la presencia de un estresante extremo, inusual, que sobrepasa la experiencia humana normal y donde de un modo u otro está el matiz de

representar un peligro real para la vida del paciente o cualquier otra amenaza para su integridad física. Además, presenta una constelación de síntomas específicos (intrusividad, evitación, hiperactivación vegetativa, etc.). Por contraposición a eso, el trastorno adaptativo suele ser desencadenado por un estresante de intensidad variable, no necesariamente grave o inusual, y se suele expresar por una amplia gama de síntomas posibles, entre los que se incluyen algunos más característicos de la ansiedad generalizada que del estrés postraumático.

No obstante, pueden darse algunas dificultades diagnósticas, ya que el trastorno adaptativo también se puede presentar ante estímulos inusuales y peligrosos para el sujeto como una forma de respuesta. De hecho, ante los estímulos propios del TPEP es mucho más frecuente la reacción en forma de depresión que en forma del propio TPEP (Guardia y Jarne, 1998) y uno de los tipos de trastorno adaptativo más frecuente es la reacción depresiva. Por otro lado, es posible observar un trastorno adaptativo como respuesta no tanto a la exposición a estímulos inusuales y poco frecuentes, sino a las consecuencias de éstos sobre la vida de los sujetos que los padecen (cambios de residencia, descenso de la capacidad económica, cambios familiares, etc.). Eso es frecuente, por ejemplo, en los casos de desastres naturales y tecnológicos como inundaciones, terremotos, explosiones de fábricas, etc. Finalmente, a veces la expresión de la Psicopatología de los pacientes puede llevar a cierta confusión. Así, en los trastornos adaptativos, por ejemplo por dificultades económicas, el paciente suele referir que "me resulta difícil quitármelo de la cabeza", lo que puede ser confuso con los pensamientos intrusivos del TPEP.

Finalmente, el duelo es diagnosticado por el DSM-IV cuando se da una reacción que ya se espera en respuesta a la muerte de un ser querido. Los psicólogos creemos que ésta es una manera especial de duelo, y que el concepto se extiende a la respuesta emmocional ante la pérdida en general. La reacción del duelo normal, entendida como un mecanismo de adaptación a la nueva realidad del sujeto que incluye la ausencia del difunto, puede complicarse por su duración y/o intensidad, e incluir síntomas propios de otras Psicopatologías, generalmente ansiedad y más frecuentemente depresión. El DSM-IV excluye el diagnóstico de trastorno adaptativo cuando hay una reacción de duelo, a no ser que ésta se complique en el sentido anteriormente apuntado. En cambio, el ICD-10 incluye el duelo entre los trastornos adaptativos.

- La ansiedad como tal está presente en prácticamente todos los trastornos psicopatológicos. No obstante, los sistemas clasificatorios al uso mencionan una serie de trastornos donde la ansiedad es uno de los síntomas cardinales. Son los trastornos que acabamos de revisar en este apartado (además de los adaptativos). Esta situación obliga a hacer un diagnóstico diferencial cuidadoso entre los trastornos de ansiedad y el resto de trastornos psicopatológicos, por una parte, y entre los propios trastornos de ansiedad entre sí.
- Cuando los síntomas ansiosos se relacionan claramente con un estímulo determinado, es fácil que nos encontremos ante una fobia.
- Cuando la ansiedad se vincula con pensamientos reiterados de carácter negativo, nos inclinaremos, de entrada, por un trastorno obsesivo.
- Si la ansiedad es producto de un acontecimiento vital de carácter traumático estaremos ante los trastornos de estrés agudo o postraumático, mientras que si el acontecimiento es más normativo, probablemente se trate de un trastorno adaptativo.
- Finalmente, la presencia de síntomas de psicóticos, del estado de ánimo, corporales, etc., decantará el diagnóstico a áreas diferentes de las aquí estudiadas.

4. La histeria y los trastornos de somatización

4.1. La histeria y los trastornos somatoformes. Introducción

La histeria tiene una entidad histórica dentro de la Psicopatología. Fue descrita inicialmente por Hipócrates, y posterioremente por otras figuras relevantes en el campo de la psiquiatría y la psicología (Janet, Charcot, Freud). Pese a ello, a causa de los problemas diagnósticos que plantea, la dificultad de su abordaje terapéutico y la complejidad de sus aspectos relacionales, no se ha logrado aclarar el lugar de la histeria dentro de la psiquiatría y la psicología actuales.

En 1975, la Organización Mundial de la Salud, en el CIE-9, definió la histeria así:

"El trastorno mental donde se produce un estrechamiento del campo de la conciencia o una alteración de la función motriz y/o sensorial, por cuyo motivo la persona no

tiene conciencia, y que parecen tener valor simbólico o ventaja psicológica. En la forma de conversión, el síntoma principal o único consiste en la alteración psicógena de alguna función corporal; por ejemplo, parálisis, temblor y episodios convulsivos. En la variedad disociativa, el hecho más importante es la restricción del campo de la conciencia, que parece servir a un propósito inconsciente, y que generalmente va seguida o acompañada por amnesia selectiva".

OMS (1975). *CIE-9*.

Esta definición no aparece en el CIE-10.

4.2. La histeria y los trastornos somatoformes. Epidemiología y factores asociados

Es difícil cifrar la incidencia exacta de este trastorno en la población general. Se acepta que se da aproximadamente entre un 1 ó 2% para la mujer, pero se desconoce la tasa para el hombre, e incluso algunos autores la habían identificado con la psicopatía o con conductas antisociales.

En los estudios familiares, se ha advertido que es una alteración frecuente en los miembros cosanguíneos de primer grado (20%) de los individuos afectados.

Se ha detectado que los aspectos conversivos son más frecuentes que los disociativos. Por otro lado, en relación con los primeros, se considera que en el mundo occidental se produce una frecuencia de un 1% de la población general, aunque esta frecuencia puede variar de un país a otro.

Si se tiene en cuenta la edad, las primeras manifestaciones de tipo neurótico se pueden dar en una edad temprana y se podrían expresar por la sugestionabilidad y la hipermovilidad. En la adolescencia puede aparecer sintomatología del tipo de anorexia, desfallecimiento, vómitos, etc.

Las primeras manifestaciones de conversión consideradas como tales pueden aparecer entre los 18 y los 25 años. Por otro lado, estas manifestaciones no se producen por primera vez después de los cuarenta y cinco años.

Los fenómenos de conversión se presentan tres veces más en la mujer que en el hombre. En cuanto a los aspectos de disociación, su frecuencia es menor que encontrar la conversión y no se advierten variaciones respecto a la edad y el sexo.

4.3. La histeria. Clasificación

La histeria no aparece como tal en los dos grandes sistemas diagnósticos actuales. En el DSM-IV y el CIE-10, se han distribuido los dos grandes grupos de trastornos correspondientes a la histeria, "Trastornos disociativos" y "Trastornos somatoformes", de una manera diferente.

Tabla 2.11. Clasificación según el DSM-IV

Trastornos disociativos	Trastornos somatoformes
Amnesia disociativa	Trastorno de somatización (síndrome de Briquet)
Fuga disociativa	Trastorno somatoforme indiferenciado
Trastorno de identidad disociativo	Trastorno de conversión
Trastorno de despersonalización	
Trastorno disociativo no especificado	

Tabla 2.12. Clasificación según el CIE-10

Trastornos disociativos Trastornos somatoformes
Fuga disociativa (44.1) Trastorno de somatización (45.0) Amnesia disociativa (44.0) Trastorno somatoforme indiferenciado (45.1) Trastorno de personalidad múltiple (44.81) Trastorno de despersonalización-desrealización (48.1) Trastornos de tránsito y posesión (44.3) Síndrome de Ganser (44.80) Trastorno disociativo (de conversión) sin especificar (44.9) Trastorno disociativo de la motilidad (44.4) Convulsiones disociativas (44.5) Anestesias y pérdidas sensoriales y disociativas (44.6)

4.4. La amnesia disociativa

En el desarrollo de este apartado, seguiremos la clasificación que se especifica en el DSM-IV.

Así, dentro de los trastornos disociativos encontramos la *amnesia disociativa*:

Este trastorno, que también se denomina *amnesia psicógena* consiste en una incapacidad para recordar información personal que se produce en forma de lagunas de memoria retrospectiva. Por su amplitud, esta incapacidad no se explica por cansancio u olvido.

Ejemplo

Ana es asistenta de una residencia geriátrica. Un día, a la hora de servir el almuerzo a las personas que estaban a su cargo, pregunta a su encargada qué tiene que hacer, dónde está y qué hace vestida con uniforme blanco. Está desorientada. Cuando, pocos días después, se le hace una entrevista en el centro de salud mental, comenta que unos días antes de la pérdida de memoria había tenido una fuerte discusión con su encargada.

4.4.1. Características generales

1) Generalmente, la amnesia disociativa es provocada por acontecimientos traumáticos que se producen anteriormente (por ejemplo, intentos de suicidio, desastres naturales, pérdida de un ser querido, etc.) o muy estresantes.

2) El contenido de lo que no se recuerda suele ser de tipo personal, pero se conservan otras capacidades más mecánicas (vestirse, calcular, etc.).

3) Las alteraciones de la memoria son transitorias, y la función mnésica se recupera completamente.

4) Los acontecimientos que no se recuerdan permanecen activos e influyen en la vida psíquica (por ejemplo, no se recuerda un accidente pero se tiene miedo de ir en moto).

5) El estado afectivo que acompaña este fenómeno es variado, y puede incluir desde la perplejidad, la angustia o la indiferencia.

A su vez, hay diferentes clases de amnesia disociativa: *localizada* (no se recuerdan los acontecimientos producidos en un tiempo concreto; por ejemplo, no se recuerda un accidente de coche y lo que ocurrió los dos días después); *selectiva* (no se recuerda parte de los acontecimientos producidos en un tiempo concreto); *generalizada* (lo que no se recuerda comprende toda la vida del individuo); *continua* (no se recuerda lo que ha pasado desde un momento concreto hasta la actualidad); *sistematizada* (pérdida de memoria para cierto tipo de información).

Se cree que es el más frecuente de los fenómenos disociativos, especialmente en poblaciones sometidas a situaciones traumáticas (guerras, desastres naturales, etc.).

4.4.2. Curso y pronóstico

Se puede presentar a cualquier edad, desde la infancia hasta la edad adulta. La duración de los episodios es variable, pudiendo abarcar desde minutos hasta años. Después de haber sufrido un episodio de amnesia disociativa se puede presentar una mayor disposición a sufrirlo de nuevo. Algunas personas tienen amnesia crónica y pueden recuperar la memoria de forma gradual.

Las personas que tienen amnesia también pueden presentar síntomas depresivos, de ansiedad, otros trastornos disociativos, disfunciones laborales, personales, sexuales, etc.

4.4.3. Diagnóstico diferencial

Hay que diferenciar entre el trastorno mnésico que se deriva de una enfermedad médica, en que la amnesia es producto de una alteración neurológica, de otra enfermedad médica, donde suele ser irreversible.

Asimismo, hay que diferenciarla de la pérdida de memoria a causa del consumo de sustancias tóxicas o fármacos.

Se diferencia también de la amnesia producida por un deterioro cognitivo asociado con la edad y de otras formas de pérdidas de memoria no consideradas patológicas (amnesia infantil, amnesia producida por el sueño).

Por otro lado, no se hace el diagnóstico de amnesia disociativa cuando se produce exclusivamente y en el transcurso de un trastorno de fuga disociativa, en el trastorno de identidad disociativo, en el estrés postraumático y en el trastorno por estrés agudo.

Finalmente, la amnesia que se encuentra en un proceso de simulación se produce generalmente en relación con una amplia y aguda sintomatología, y también con la presencia de ganacias secundarias (por ejemplo, para evitar problemas legales, ante problemas económicos, etc.).

4.5. La fuga disociativa

Este trastorno consiste en un desplazamiento a un lugar lejano del entorno habitual del sujeto, que suele ser conocido por él y/o tiene algún significado afecti-

vo. Asimismo, suele producirse un estado de cierta confusión respecto a su propia identidad y circunstancias, y se acompaña de amnesia sobre el pasado y la propia fuga. Durante el tiempo en que se produce la fuga, el sujeto puede cuidar de sí mismo en sus necesidades básicas (alimentación, limpieza, etc.).

Ejemplo

Manuel, de cuarenta y tres años de edad, fue llevado al servicio de urgencias de un hospital después de intervenir en una pelea en una cafetería. Cuando le pidieron sus datos de identificación, sólo pudo decir su nombre, pero no pudo mostrar ningún documento. No recordaba cómo había llegado hasta allí, ni si tenía familia.

Sólo pudo decir que estaba buscando trabajo desde hacía unas semanas. No recordaba nada de su pasado, no había consumido alcohol ni drogas. El departamento de policía hizo una investigación y se le relacionó con la desaparición de un hombre con sus mismas características en otra ciudad tres semanas atrás. Cuando fue reconocido por su mujer, ésta explicó que antes de la desaparición había tenido fuertes presiones laborales, lo cual le hacía estar más nervioso, también en casa, y también discutía con facilidad. Dos días antes de su desaparición, su jefe le había amenazado con sustituirlo por otra persona y despedirlo de la empresa.

El DSM-IV indica que este trastorno se produce en un 0,2% de la població general, y que puede aumentar en épocas particularmente estresantes.

4.5.1. Curso y pronóstico

El comienzo del trastorno suele asociarse a un acontecimiento altamente estresante o traumático (como guerras). Asimismo, puede darse en el marco de un episodio depresivo o como evitación de un intento de suicidio.

La duración de este trastorno puede variar de unas horas a incluso meses.

4.5.2. Diagnóstico diferencial

La fuga disociativa debe diferenciarse de los síntomas que se dan como efecto fisiolótico de una enfermedad médica. Así, por ejemplo, en las crisis epilépticas parciales complejas se puede presentar desorientación con amnesia posterior.

Por otra parte, cuando en un episodio maníaco se producen viajes, se suelen asociar a ideas de grandeza, y así se diferencian de la fuga disociativa.

Asimismo, se puede observar un comportamiento errático en la esquizofrenia. No obstante, en las personas que padecen fuga disociativa no se advierte sintomatología propia de la esquizofrenia (delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado).

Finalmente, cuando se explica una fuga en el contexto forense, hay que tener en cuenta la posibilidad de que se trate de una simulación de fugas, generalmente con la finalidad de evitar problemas legales, económicos, etc.

4.6. Trastorno de identidad disociativo

Este trastorno había sido denominado *trastorno de personalidad múltiple* o *segundos estados*. Se caracteriza por la existencia de dos personalidades diferentes en el mismo individuo, y cada vez se manifiesta una de ellas. Cada personalidad tiene sus propios recuerdos, comportamientos y preferencias.

Generalmente hay una entidad primaria con el nombre del individuo, que es pasiva, dependiente, culpable y depresiva. Las otras entidades pueden mostrar características diferentes y opuestas a la entidad primaria. Frecuentemente, el estrés psicosocial facilita el paso de una entidad a otra.

Ejemplo

María es una mujer de treinta y ocho años, competente en su trabajo como administrativa. Actualmente vive sola. Cuando tenía veinticinco años se casó, y se divorció cuatro años después. Nunca le han gustado las labores de la casa y procura no hacer tareas como cocinar, ocuparse de la ropa, etc. Acude a consulta por problemas de cefaleas, que se agudizan en momentos de tensión. Cuando hace su historia vital, advierte que tiene lagunas de memoria respecto a su infancia y actualmente descubre que no recuerda haber hecho cosas. Así, cuenta cómo a veces, al levantarse por la mañana ve la comida preparada y la cocina arreglada, pero no recuerda haberse levantado pronto y haber hecho esas tareas. No les encuentra ninguna explicación.

Las personas con este trastorno frecuentemente presentan pesadillas. Asimismo, se calcula que entre el 70% y el 90% han sufrido abusos psíquicos y sociales. Por otro lado, pueden presentar otro tipo de trastornos, como trastornos del estado de ánimo, trastornos sexuales, del sueño y de la conducta alimentaria y trastornos relacionados con sustancias.

4.6.1. Curso y pronóstico

El trastorno de identidad disociativo parece tener un curso específico variable, con tendencia a que se constituya en un trastorno crónico. Se puede presentar de manera continua o episódica. Cuando se llega a los cuarenta años, este trastorno se puede manifestar menos. No obstante, en momentos de estrés, durante acontecimientos traumáticos o en el abuso de sustancias puede reaparecer.

La mayoría de los casos observados corresponde a mujeres en torno a los treinta años. Por otro lado, se calcula que entre la población psiquiátrica oscila entre un 2,4% y el 11,3%.

4.6.2. Diagnóstico diferencial

Hay que diferenciar, en primer término, que este trastorno no se deba a una causa médica ni relacionada con el uso de sustancias.

Las principales características que pueden facilitar el diagnóstico de trastorno de identidad disociativo son una clara sintomatología disociativa, amnesia irreversible, cambios de identidad súbitos y puntuaciones altas en el test de disociación e hipnotizabilidad. Eso ayuda a diferenciarlo de la esquizofrenia, en la que se detectaría deterioro psicótico, y de otros trastornos psicóticos, del trastorno bipolar con ciclación rápida y de algún tipo de trastorno de personalidad, como el límite.

Por otro lado, se diferenciaría de la simulación porque se observaría un beneficio secundario económico o legal, y también del trastorno facticio, en el que se aprecia un componente de búsqueda de ayuda.

4.7. Trastorno de despersonalización

La característica principal de este trastorno es la experiencia de sentirse fuera del propio cuerpo o de los propios procesos mentales. Así, se perciben los pensamientos y/o el propio cuerpo como algo irreal, falso, con un significado diferente al que tenían anteriormente.

Ejemplo

Ángel tiene veintiocho años y trabaja en una empresa de informática. Desde hace dos meses ha aumentado su responsabilidad en el trabajo y, por tanto, el nivel de exigencia, y por eso le dedica más horas diarias. Acude a consulta porque se siente muy ansioso y tiene sensaciones extrañas, por lo cual tiene miedo de "volverse loco". Cuenta que, a veces, cuando trabaja con el ordenador, tiene la impresión de que las letras se alejan de la pantalla y se confunden. En esos momentos dice que "le cuesta pensar" y no encuentra las palabras adecuadas. Dice que "le parece que no es él mismo". Esas sensaciones duran unos minutos, en los que ha de interrumpir su tarea, y se dan aproximadamente dos veces a la semana.

La explicación que da el sujeto de estas sensaciones es difícil, y hace referencia a ellas con un "como si" (por ejemplo, "como si fuera una película", "como si se tratase de un sueño", etc.). A veces se puede tener la impresión de ser un autómata. Se percibe en estos pacientes una dificultad para definir sus emociones, de modo que quedan debilitadas, y tienen dificultades para distinguir amor, odio, agresividad, placer, etc.

Cuando este trastorno se centra en el propio cuerpo, el paciente relata, por ejemplo, cambios en la forma del cuerpo.

La despersonalización puede aparecer acompañada de desrealización, que consiste en que el mundo externo es irreal o extraño. Los objetos pueden variar su forma o tamaño, percibiéndose como mecánicos, artificiales, lejanos y sin sentido de realidad.

El paciente siente como si se hubieran producido cambios en sí mismo o en el mundo, aunque sabe que no es así. Por otro lado, es de relevancia observar que el paciente tiene conciencia de trastorno y lucidez. Puede decir frases que describen la vivencia de despersonalización.

Ejemplos de estas frases son las siguientes: "Tengo miedo de ser otro, sé que no es así, pero no puedo evitarlo y tengo miedo"; "No siento la fuerza de mi cuerpo, es como si no fuera yo mismo quien habla"; "Me siento como una sombra, todo está muy alejado"; "Paso horas en las que no estoy dentro de mí, en ninguna parte", etc.

4.7.1. Curso y pronóstico

Este trastorno se suele presentar en la adolescencia y en la edad adulta, no después de los cuarenta años.

Puede aparecer de manera insidiosa o brusca (por ejemplo, después de una situación estresante, desapareciendo poco después). Su duración es variable, pudiendo abarcar desde unos instantes a periodos muy prolongados.

Se asocian a este trastorno aspectos de tipo depresivo, obsesivo o ansioso, y también hipocondría y abuso de sustancias.

4.7.2. Diagnóstico diferencial

Para poder diferenciar este trastorno de los otros, conviene tener en cuenta algunas consideraciones.

Así, la despersonalización puede aparecer en condiciones no patológicas, como en el momento de la vigilia y el sueño, cuando se ha hecho un esfuerzo importante o la persona está en un estado de fatiga, en caso de aislamiento sensorial, después de un periodo de insomnio, de acontecimientos estresantes, etc.

Por otro lado, se puede producir en condiciones patológicas, inmerso dentro de otro trastorno como depresión mayor, alteraciones de la conciencia, trastorno por estrés postraumático, esquizofrenia, trastorno por estrés agudo, tumores cerebrales, etc.

A su vez, las personas que presentan este trastorno pueden manifestar quejas de depresión, ansiedad o pánico.

Hay que tener en cuenta que un 40% de los pacientes con trastornos mentales manifiestan aproximadamente, en algún momento de su evolución, algún episodio de despersonalización.

4.8. Trastorno de somatización (síndrome de Briquet)

En este trastorno, el sujeto presenta muchas quejas corporales sin una base física que las sostenga. Por otro lado, aunque en algún momento se advierta alguna posible alteración física que se relacione con esas quejas, las molestias o dificultades son más intensas de lo que cabría esperar según su historia clínica y los hallazgos clínicos objetivables.

Las molestias que se describen pueden afectar a cualquier parte o función del organismo, y son relatadas con insistencia y dramatismo, aunque con pocos datos consistentes.

Ejemplo

Carmen es una mujer de treinta y cinco años. Llega a la consulta psicológica con apariencia triste y apagada. Cuenta que ya no sabe qué hacer. Hace tiempo que tiene dolores en las articulaciones, en los brazos, en las muñecas y especialmente en las rodillas. Parece que tiene menos sensibilidad en las manos, y cuando le hacen cosquillas no las nota como antes.

Comenta que desde hace mucho tiempo le cuesta tragar los alimentos ("es como si tuviera un nudo en la garganta"), y cuando lo consigue tiene náuseas, vómitos y dolores de tripa. Con expresión de vergüenza y enrojeciendo, relata que sus ciclos menstruales son irregulares, la menstruación es muy dolorosa y ha perdido el apetito sexual desde hace mucho tiempo. Ha consultado a diversos especialistas y le han hecho las pruebas adecuadas para llegar a un diagnóstico, pero no se ha detectado una causa orgánica que explique sus dolores y permita establecer un tratamiento desde una perspectiva médica.

Los criterios que se exigen para este trastorno están detallados en el DSM-IV, donde queda patente la complejidad de este trastorno.

Tabla 2.13. Criterios para el diagnóstico de trastorno de somatización según el DSM-IV:

A. Historia de múltiples síntomas físicos que comienza antes de los treinta años, persiste durante varios años y obliga a tener atención médica o provoca un deterioro significativo de orden social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
B. Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:
   1. *Cuatro síntomas dolorosos*. Historia de dolor relacionada al menos con cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (por ejemplo, cabeza, abdomen, espalda, articulaciones, extremidades, tórax y recto, durante la menstruación, el acto sexual o la micción).
   2. *Dos síntomas gastrointestinales*. Historia de al menos dos síntomas gastrointestinales diferentes al dolor (por ejemplo, náuseas, distensión abdominal, vómitos –no durante el embarazo–, diarrea o intolerancia a diferentes alimentos).
   3. *Un síntoma sexual*. Historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (por ejemplo indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas y vómitos durante el embarazo).
   4. *Un síntoma pseudoneurológico*. Historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntomas de conversión del tipo de la alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones y síntomas disociativos como amnesia y pérdida de conciencia diferente del desmayo).
C. Cualquiera de las dos características siguientes:
   1. Después de un examen adecuado, ninguno de los síntomas del criterio B se puede explicar por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos de una sustancia (por ejemplo, drogas o fármacos).
   2. Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que se podría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos del laboratorio.
D. Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados, a diferencia de lo que sucede en el trastorno facticio y en la simulación.

4.8.1. Curso y pronóstico

El trastorno de somatización tiene su comienzos en la adolescencia, y se diagnostica antes de los veinticinco años.

Frecuentemente, estos pacientes presentan síntomas de ansiedad y estado de ánimo deprimido. A eso se pueden añadir comportamientos impulsivos, amenazas e intentos de homicidios y conflictos familiares y/o matrimoniales.

Como una de las características de este trastorno es la ingesta habitual de fármacos (automedicados frecuentemente), se pueden producir trastornos relacionados con las sustancias o efectos desagradables.

Este trastorno es una enfermedad crónica que pocas veces remite del todo. Por otro lado, asociados a este trastorno pueden estar el trastorno depresivo mayor, los trastornos relacionados con sustancias, los trastornos de angustia y los trastornos de la personalidad histriónica y límite.

Se piensa que un 5% de los pacientes que van a los servicios médicos generales pueden sufrir aproximadamente este trastorno.

4.8.2. Diagnóstico diferencial

Inicialmente, se considera necesario descartar las *enfermedades médicas* que se caracterizan por síntomas confusos, imprecisos y múltiples, como el hiperparatiroidismo, el lupus erimatoso sistémico o la esclerosis múltiple, y que se podrían confundir con el trastorno de somatización.

Los trastornos depresivos pueden incluir *síntomas de tipo somático* (cefaleas, dolor inespecífico, alteraciones digestivas, etc.) que sólo se producen en los momentos de depresión. Por otro lado, es importante descartar que las somatizaciones oculten una *depresión latente o enmascarada*.

En el trastorno de ansiedad generalizada también se pueden manifestar muchos síntomas físicos, pero la ansiedad no se limita a estos síntomas. En el trastorno por angustia también se producen síntomas somáticos, pero sólo en los momentos de las crisis de angustia.

En la esquizofrenia también pueden aparecer *ideas delirantes somáticas*, que se producen con menos síntomas somáticos y de una manera extravagante y extraña. Eso nos ayuda a diferenciarlas de los trastornos de somatización.

También se diferencia de la *hipocondría* porque el miedo de sufrir una enfermedad grave se manifiesta solamente en el contexto de un trastorno de somatización.

Cuando se producen cuadros clínicos de tipo somatomorfo, pero no cumplen todos los criterios necesarios para el trastorno de somatización, se denominan *trastorno somatomorfo indiferenciado* o *trastorno somatomorfo no especificado*.[19]

Si se dan signos y síntomas de somatización en un trastorno facticio o en una simulación, se verá la intención de asumir el papel de enfermo en el primer caso, y de obtener una ganancia en el segundo.

4.9. Trastorno de conversión

Los síntomas que se manifiestan en este trastorno se relacionan con la motricidad voluntaria o con las funciones sensoriales, y se producen de una manera no intencionada. A su vez, se asemejan a un trastorno somático, generalmente de tipo neurológico, aunque no existe un trastorno orgánico de base que explique los síntomas.

Ejemplo

Nuria es una mujer de cuarenta y dos años. Es ama de casa y convive con su marido y sus dos hijos. Acude a consulta psicológica, preocupada y angustiada porque frecuentemente nota cierta falta de equilibrio, "le tiemblan las piernas", lo cual le obliga a sentarse, tiene ganas de llorar, le parece tener un "nudo en la garganta" y se "queda sin voz". Comenta que desde hace tiempo ha hecho consultas a diversos especialistas, pero no ha encontrado una causa orgánica de su malestar. Al hablar de su situación familiar, cuenta que está muy tranquila por la mañana, cuando está sola, haciendo las tareas de casa. Pero al acercarse el momento en que su marido vuelve del trabajo empieza a sentirse tensa. Dice que él es muy nervioso, suele llegar de mal humor y por pequeñas cosas se exalta y la maltrata verbalmente (insultos, amenazas, etc.). Ha observado que cuando aumenta la tensión entre los dos aparecen sus síntomas. Para recuperarse necesita descansar y dormir unas horas.

Al inicio de estas manifestaciones patológicas suelen presentarse conflictos, acontecimientos estresantes o de fuerte carga emocional.

19. Los criterios diagnósticos se puede consultar en el DSM-IV, en la página 462.

Los síntomas conversivos principales que se han descrito son los siguientes:

1) *Motores*. Falta de coordinación y equilibrio, parálisis y debilidad muscular localizada, temblores, afonía, dificultad en la deglución, sensación de nudo en la garganta, retención urinaria y convulsiones.

2) *Sensoriales*. Anestesia, analgesia, diplopía, ceguera, sordera, pérdida de olfato y de gusto y alucinaciones.[20]

4.9.1. Crisis histérica

La *crisis histérica* es otra de las manifestaciones de la histeria. Consiste en la aparición súbita de una secuencia de síntomas: dolor en diferentes partes del organismo (generalmente, los ovarios en la mujer y el tórax en el hombre), bolo faríngeo, palpitaciones, trastornos visuales, convulsiones parecidas a las epilépticas, contorsiones y movimientos incoordinados, que pueden presentarse acompañados de gritos y lucha contra aquellas personas que tratan de ayudar y/o controlar al sujeto.

También pueden observarse movimientos violentos con cierto tinte erótico y, finalmente, llanto e hipo. Esta secuencia puede tener variaciones, pero siempre va precedida de algún elemento estresante o emocionalmente intenso para el sujeto, y se produce ante otras personas. La duración de una crisis histérica es variada y frecuentemente se relaciona con el impacto que produce en su entorno. Habitualmente, el paciente acaba muy fatigado, pero, debido a las características de base de esta patología, puede aparecer recuperado en poco tiempo.

Cabe señalar que hay manifestaciones atenuadas de estas crisis que presentan accesos de hipo, crisis de risa o de llanto, tics o temblores.

Por otro lado, las denominadas *crisis inhibitorias* se caracterizan por una pérdida de conciencia y desmayos, del mismo modo que responden al ambiente en mayor o menor medida.

20. A diferencia de las alucinaciones psicóticas, las personas que tienen alucinaciones en el trastorno de conversión mantienen intacto el sentido de realidad y no presentan otros síntomas psicóticos. Estas alucinaciones implican diferentes modalidades sensoriales (visuales, auditivas y táctiles), y a menudo tienen un contenido infantil, ingenuo y fantástico. Su significado es psicológico, y el sujeto las describe como si se tratase de historias muy interesantes, a menudo vinculadas con sus intereses estéticos, sus creencias religiosas, etc.

Actualmente, los trastornos histéricos parecen derivar mayoritariamente hacia la presentación de trastornos de somatización más que hacia un trastorno de conversión.

La actitud afectiva que suelen mostrar algunos pacientes es la denominada *belle indifférence*, que se caracteriza por la falta de preocupación o incluso complacencia ante los síntomas, mientras que en otros aspectos de la vida existe una preocupación máxima (p. ej. en cuestiones familiares).

4.9.2. Curso y pronóstico

Generalmente se inicia durante los últimos años de la adolescencia y los primeros de la edad adulta. Es difícil que se produzca por primera vez pasados los treinta y cinco años.

El inicio suele ser repentino, pero puede aparecer gradualmente. En situación de hospitalización, este trastorno puede remitir en dos semanas, y entre un 20-25% se pueden producir recidivas.

Hay elementos que se asocian a un buen pronóstico, como el inicio repentino, la presencia de estrés identificable al comienzo del trastorno, nivel de inteligencia superior a lo normal y un periodo de tiempo breve entre el inicio de la enfermedad y la instauración de la ruptura.

Cabe mencionar que hay síntomas que sugieren un buen pronóstico, como la parálisis, afonía o ceguera. En cambio, los temblores y las convulsiones son de peor evolución.

Podemos decir que este trastorno se presenta más en mujeres que en hombres, en una relación que oscila entre 2:1 y 9:1. Asimismo, hay que tener en cuenta que este trastorno, y la histeria en general, se presenta en los varones de una manera peculiar y en ocasiones muy encubierta, de manera que no siempre se diagnostica adecuadamente.

Los niveles de prevalencia en la población general varían desde 11/90.000 a 300/90.000. A su vez, se ha observado que un 1-3% de los pacientes ambulatorios enviados a centros de salud mental presentan este trastorno.

Finalmente, cabe mencionar que hay datos que indican que entre un 5% y un 14% de las consultas realizadas en servicios de medicina general son síntomas de conversión.

4.9.3. Diagnóstico diferencial

Es conveniente hacer exclusión de *enfermedades médicas* neurológicas ocultas u otras enfermedades para poder efectuar un diagnóstico de conversión. Nos puede ayudar a diferenciar los síntomas conversivos de los síntomas neurológicos su forma de presentación, ya que éstos no son coherentes desde un punto de vista anatómico.

La presencia de la actitud de *belle indifférence* ante situaciones angustiosas como la pérdida de visión es un elemento que, sin ser patognomónico de la conversión, también ayuda a realizar el diagnóstico.

El "trastorno por dolor" y la "disfunción sexual" se diagnostican en lugar de trastorno de conversión cuando los síntomas se limitan a los propios del dolor o de la disfunción sexual respectivamente.

Si los síntomas observados se explican más bien por otro trastorno mental (trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo), no se hará adicionalmente el trastorno de conversión.

Asimismo, se deben diferenciar los trastornos de conversión de los trastornos ficticios[21] y de la simulación.

5. Los trastornos de personalidad

5.1. Concepto de trastorno de la personalidad

En el ámbito de la salud mental es difícil establecer el límite exacto en que lo "normal" se convierte en "patológico", de modo que, incluso en personas que padecen un trastorno de la personalidad, podemos ver aspectos relacionales, cognitivos y emocionales que resultan adecuados y adaptativos. Así, en términos generales y a modo de aproximación, podemos decir que cuando una per-

21. En el trastorno ficticio, el motivo es asumir el papel de enfermo y obtener atención médica y tratamiento. En la simulación hay objetivos más evidentes, como compensación económica, huida de la justicia u obtención de droga.

sona responde a las responsabilidades cotidianas de una manera inflexible o desadaptativa, o cuando las percepciones y comportamientos del individuo dan lugar al incremento de la incomodidad personal o entorpecen las dificultades para aprender y crecer, estamos ante un patrón de personalidad patológico.

Según Millon (1981), un trastorno de la personalidad se puede distinguir por la presencia de tres características: a) inflexibilidad adaptativa; b) tendencia a mantener círculos viciosos o de autoperjuicio; y c) una estabilidad emocional tenue bajo condiciones de estrés.

Otra de las definiciones de trastorno de la personalidad la establece la American Psychiatric Association en 1994, al hablar de un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta de las expectativas de la cultura en que está inmerso el sujeto. Este patrón presenta un carácter rígido e inflexible, se extiende a la mayoría de las situaciones y afecta como mínimo a dos de los siguientes apartados: cogniciones (formas de percibir e interpretar el entorno y a uno mismo), afectividad, actividad interpersonal y control de los impulsos.

El DSM-IV ofrece la siguiente definición: "Es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su origen en la adolescencia o principios de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicio para el sujeto".

Para llegar a establecer las características propias de cada uno de los trastornos de personalidad, partimos de un concepto que son los *rasgos de personalidad*. Éstos se definen como características persistentes que determinan maneras de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y uno mismo, las cuales se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Cuando estos rasgos de personalidad se vuelven inflexibles, desadaptativos y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo, pasan a ser trastornos de la personalidad.

En el DSM-IV hay seis criterios diagnósticos generales necesarios que se extienden a todos los trastornos de la personalidad y, por otro lado, cada uno tiene sus criterios específicos. Los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 son iguales en líneas generales a los del DSM-IV.[22]

22. Consulte el *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (pág. 649).

5.1.1. El diagnóstico de trastorno de la personalidad

Para diagnosticar trastorno de la personalidad es necesario hacer una evaluación de los patrones de actividad del sujeto a largo plazo y las características de la personalidad han de estar presentes desde la edad adulta.

Por otro lado, los rasgos de personalidad que están de base en los trastornos de la personalidad han de ser estables y han de diferenciarse de las características que pueden surgir como respuesta a situaciones estresantes o a estados mentales transitorios (por ejemplo, estados de ánimo, sustancias tóxicas, etc.). Hay que valorar la estabilidad de los rasgos de personalidad a lo largo del tiempo y en situaciones diferentes.

Una dificultad que podemos encontrar en el diagnóstico es que las características que definen el trastorno de personalidad no sean vividas por la persona como problemáticas y desadaptativas, sino que sean consideradas egosintónicas.

5.1.2. Procedimiento de tipificación

Los trastornos de la personalidad se codifican en el eje II. Cuando en una misma persona confluyen los criterios para más de un trastorno de la personalidad, hay que dejar constancia de todos por orden de importancia. Puede constar como un diagnóstico principal o motivo de consulta.

Cuando se trata de rasgos de un trastorno de la personalidad pero no se cumplen todos los criterios para ser diagnosticado como tal, también se sitúa en el eje II, especificando que se trata de rasgos. Sucedería lo mismo si hubiera marcados mecanismos de defensa.

Finalmente, si un trastorno de la personalidad está en la base y es previo a un trastorno crónico del eje I (por ejemplo, esquizofrenia), entre paréntesis y al lado del trastorno de personalidad, en el eje II, se añade "premórbido".

5.2. Trastornos de la personalidad. Clasificación

En el DSM-IV hay una clasificación de los trastornos de la personalidad distribuidos en tres grupos:

Tabla 2.14.

Grupos	Trastornos de la personalidad
Grupo A	• Trastorno paranoide de la personalidad [301.0] • Trastorno esquizoide de la personalidad [301.20] • Trastorno esquizotípico de la personalidad [301.22]
Grupo B	• Trastorno antisocial de la personalidad [301.7] • Trastorno límite de la personalidad [301.83] • Trastorno histriónico de la personalidad [301.50] • Trastorno narcisista de la personalidad [301.81]
Grupo C	• Trastorno de la personalidad por evitación [301.82] • Trastorno de la personalidad por dependencia [301.6] • Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad [301.4]

Si bien los trastornos de la personalidad se han agrupado por similitudes en sus características, hay que señalar que no siempre se hallan en "estado puro", sino que en una misma persona puede haber diversos trastornos que pertenezcan a grupos diferentes.

Las características fundamentales que dan lugar a cada grupo de trastornos son las siguientes:

1) Los que están en el *grupo A* se caracterizan principalmente por mostrar una presentación conductual extraña o excéntrica.

2) En el *grupo B* hay sujetos con tendencia a la dramatización, emotividad, inestabilidad y trastornos del comportamiento.

3) Finalmente, en el *grupo C*, hay principalmente personas ansiosas y temerosas.

Por otro lado, hay un trastorno de la personalidad que no está en ninguno de los tres grupos, y que es el denominado *trastorno de la personalidad no especificado*.

En esta categoría se incluyen las personas cuyo patrón de personalidad cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad y en las que también aparecen características de diversos trastornos de la personalidad, pero no se dan los criterios para ningún trastorno específico.

Por otro lado, también se incluyen en esta categoría aquellas personas que presentan un trastorno de la personalidad que no está incluido en la clasificación (por ejemplo, trastorno pasivoagresivo de la personalidad).

5.3. Trastornos de la personalidad que pertenecen al grupo A

En el desarrollo de este apartado seguiremos la clasificación detallada por el DSM-IV.

En este grupo hay tres tipos de trastornos:

1) Trastorno paranoide de la personalidad
2) Trastorno esquizoide de la personalidad
3) Trastorno esquizotípico de la personalidad

5.4. Trastorno paranoide de la personalidad

5.4.1. Características básicas

La *característica principal* de este trastorno, que se hace patente desde la edad adulta, es la desconfianza y sospecha, con tendencia a interpretar las intenciones de otras personas como maliciosas. Así, estas personas tienden a pensar que los otros pretenden explotarlos, perjudicarlos o que los defraudarán, pese a la existencia de una escasa evidencia de que eso sea así. Por otro lado, se preocupan y tienen dudas injustificadas sobre la fiabilidad de sus amigos o asociados. Son personas que se resisten a confiar o a intimar con otras por miedo de que la información pueda ser utilizada maliciosamente contra ellos.

Son personas que interpretan como denigrantes o amenazadores comentarios o acciones que realmente son benignos. Frecuentemente, sin que haya una prueba objetiva de ello, sienten que han sido ofendidos profundamente por otra persona o personas. Pueden percibir ataques inexistentes hacia su carácter o reputación, y reaccionan con enojo y rapidez, son rencorosos e incapaces de olvidar los insultos, injurias o menosprecios de los que creen haber sido objeto. Tienen sospechas recurrentes e injustificadas sobre la fidelidad de su compañero sexual, de modo que pueden desarrollar celos patológicos.

Este trastorno se puede presentar por primera vez en la infancia o en la adolescencia, con actitudes y comportamientos solitarios, relaciones escasas con los otros, ansiedad sexual, bajo rendimiento escolar, hipersensibilidad, pensa-

miento y lenguaje peculiares y fantasías idiosoncráticas. Esos niños pueden parecer "raros". [23]

Los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 y los criterios del DSM-IV para el trastorno paranoide de la personalidad son diferentes, pero definen, en líneas generales, el mismo trastorno.

5.4.2. Otras características asociadas a las básicas

Junto a estas características básicas, hay otras que se asocian a este trastorno, como las dificultades para establecer y mantener vínculos estrechos con otras personas. Sus recelos hacen que muchas veces finjan frialdad emocional con los otros y pueden hacer comentarios sarcásticos y hostiles. Su extremada desconfianza hace que tengan una importante necesidad de autosuficiencia y deseos de autonomía y, a su vez, necesiten establecer un elevado grado de control sobre los otros.

Generalmente es difícil llevarse bien con estas personas, y suelen tener problemas en sus relaciones personales porque su excesiva suspicacia y hostilidad se pueden expresar mediante protestas directas, quejas recurrentes o por un distanciamiento silencioso claramente hostil. A su vez, su naturaleza cognitiva y suspicaz puede despertar en los demás una respuesta hostil que sirve para confirmar sus expectativas iniciales. Son rígidos y críticos con los otros e incapaces de colaborar, y a su vez tienen dificultades para aceptar críticas.

Muchas veces son personas consideradas como fanáticas, y forman grupos con otras personas que comparten sus sistemas paranoides de creencias. Prestan una gran atención a los asuntos relacionados con el rango y el poder social, y tienen tendencia a desarrollar estereotipos negativos de los grupos de población diferentes al suyo.

Ejemplo

Manuel es un hombre de cincuenta y tres años casado que trabaja en una oficina desde hace veinticuatro años. Es muy celoso de su trabajo y de los informes que tiene que hacer. Eso se expresa en una actitud de recelo y desconfianza hacia sus compañeros, de los que sospecha que quieren perjudicarle laboralmente (así, interpreta que si

23. Consulte el *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (pág. 654).

se acercan mucho a su ordenador es para aprovecharse de sus ideas). Cuando tiene que abandonar la mesa de trabajo se siente incómodo, y tiene miedo de que alguno de sus compañeros revise su correo electrónico, de manera que al volver a su puesto repasa minuciosamente que todo esté como antes, y trata de encontrar la manera de detectar rápidamente si alguien ha entrado en sus archivos.

Por otro lado, cuando responde al teléfono, prefiere no dar su nombre por si puede ser utilizado en su contra, así que desvía la conversación educadamente.

Siempre ha sido muy suspicaz en sus relaciones de amistad, así que ha procurado ocultar la información íntima que pueda comprometerle, ya que piensa que "quizá no sean tan amigos". Su esposa dice que en su relación ha mostrado celos y suspicacia, desconfiando de las amistades que ella mantenía desde su juventud.

5.4.3. Asociación de este trastorno con otros

Cuando alguien tiene un trastorno paranoide de la personalidad puede desarrollar un *trastorno psicótico breve* en respuesta a una situación de estrés.

Por otro lado, este trastorno constituye un antecedente premórbido de la esquizofrenia o de trastornos delirantes. A su vez, se puede complicar con el trastorno depresivo mayor, la agorafobia, el trastorno obsesivo-compulsivo y el abuso o dependencia de sustancias. Asimismo, se suele dar simultáneamente con otros trastornos de la personalidad, como el esquizotípico, el esquizoide, el narcisista, el de evitación y el límite.

5.4.4. Prevalencia

Se estima que este trastorno prevalece en la población general entre el 0,5% y el 2,5%, y se diagnostica más en hombres que en mujeres. En los hospitales psiquiátricos se establece entre un 10% y 20%, y entre un 2% y 10% en los pacientes psiquiátricos ambulatorios.

5.4.5. Diagnóstico diferencial

Aunque el diagnóstico diferencial con el *trastorno delirante tipo persecutorio* no ofrece ninguna duda, la valoración de un delirio en un paciente con personali-

dad paranoide puede entrañar dificultades. Son pacientes que rehuyen la visita al clínico y, en general, identifican bien cuáles son las ideas que los otros consideran patológicas, de manera que las pueden ocuultar o atenuar para dar una apariencia de normalidad.

Hay que diferenciar, a su vez, la *esquizofrenia de tipo paranoide* del *estado de ánimo con síntomas psicóticos* (en estos trastornos hay síntomas psicóticos persistentes, como ideas delirantes, alucinaciones, etc.).

Para hacer el diagnóstico de trastorno paranoide de la personalidad adicional, éste debe haberse manifestado antes de comenzar los síntomas psicóticos y ha de persistir cuando los síntomas psicóticos estén en remisión.

5.5. Trastorno esquizoide de la personalidad

Este trastorno ha sido frecuentemente equiparado con el diagnóstico de "esquizofrenia simple", que constituía uno de los subtipos de esquizofrenia que originariamente había propuesto Kraepelin.

5.5.1. Características básicas

La *característica fundamental* de estas personas es un marcado empobrecimiento en su vida social y relacional y falta de necesidades emocionales y sexuales. Asimismo, se aprecia un mal rendimiento cognitivo, trastornos formales del pensamiento y comportamientos extraños. Por otro lado, es notable la ausencia de sintomatología esquizofrénica positiva, como delirios y alucinaciones.

Estos pacientes no muestran tener deseos de intimidad, parecen indiferentes a las oportunidades de establecer relaciones personales y no parece que les satisfaga demasiado formar parte de una familia o un grupo social.

El aspecto general de estos pacientes es un empobrecimiento global de toda su vida. Su impresión subjetiva es de ausencia de necesidades y motivaciones básicas para otras personas, y también la incapacidad de sentir el dolor que los demás sienten cuando esas necesidades no están cubiertas. Así, se puede hablar de la sensación de "adormecimiento" emocional que no sólo no les desagrada, sino que la perciben como una protección en su vida cotidiana.

Los pacientes con este diagnóstico, cuando llegan a la consulta, lo hacen a partir de las complicaciones asociadas a este trastorno, y que suelen preocupar más a sus allegados que a ellos mismos (dificultades para encontrar y mantener un trabajo, conductas de evitación social, marcado aislamiento personal y social, etc.).

Los criterios para el diagnóstico refieren un alejamiento de las relaciones sociales y un rango restrictivo en las relaciones interpersonales, que aparecen desde el principio de la edad adulta y en diferentes contextos, que incluyen al menos cuatro de las siguientes manifestaciones:

- El sujeto no desea relaciones íntimas ni goza con ellas. Tampoco quiere formar parte de una familia.
- Casi siempre elige actividades solitarias.
- Tiene un interés escaso por las relaciones sexuales con otras personas.
- No tiene amigos íntimos o confidentes al margen de los parientes de primer grado.
- Es indiferente a la alabanza y crítica de los demás.
- Muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento afectivo.

5.5.2. Otros rasgos importantes

Otros rasgos importantes indican que tienen dificultades para expresar enojo o ira, incluso en provocaciones directas. A menudo reaccionan pasivamente ante las circunstancias adversas. A veces parece que no van a ninguna parte y dejan sus objetivos a merced del azar. Su cumplimiento laboral puede ser malo si en sus funciones se requiere implicación personal, pero puede ser excelente si se hace en una situación de aislamiento. Prefieren las tareas mecánicas o abstractas como los juegos de ordenador o matemáticas.

Los criterios diagnósticos de investigación de CIE-10 y los criterios del DSM-IV para el trastorno esquizoide de la personalidad son diferentes, pero definen en líneas generales el mismo trastorno.[24]

24. Consulte el *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (pág. 657).

Ejemplo

Alberto tiene veinticinco años, es soltero y nunca ha tenido pareja. Es hijo único. Desde su infancia ha sido un niño solitario, en la escuela no se relacionaba con sus compañeros y su apariencia normalmente era seria. No le importaba que otros pensaran que era raro, porque prefería estar solo. Evitaba hacer actividades en grupo y no disfrutaba de las excursiones que se proponían. No asistía a fiestas de cumpleaños y, en la etapa adolescente, no participaba de las salidas nocturnas. Su rendimiento escolar era bajo, pero conseguía pasar los cursos con una valoración global de suficiente. Cuando intentó estudiar formación profesional, fracasó. Trabajó una temporada en una fábrica, en una cadena de montaje, pero no se sentía a gusto. Procuraba no hablar con sus compañeros. Le gustaba estar solo, y su deseo era cerrarse en su habitación y jugar con la consola de video o los juegos de ordenador, o bien mirar la televisión.

5.5.3. Otras complicaciones o trastornos asociados

Nos referimos al *trastorno delirante*, la *esquizofrenia*, la *depresión mayor* y los *trastornos de la personalidad esquizotípico*, *paranoide* y *por evitación*. Por otro lado, en una situación de estrés pueden sufrir episodios psicóticos breves.

Hay que resaltar que no es frecuente que pacientes con el diagnóstico de trastorno esquizoide de la personalidad deriven a un cuadro esquizofrénico, pero sí que es frecuente que en enfermos esquizofrénicos se observen cuadros graves de esquizoidia.

Este trastorno se puede hacer patente por primera vez en la infancia o adolescencia, con actitudes y comportamientos solitarios, pobres relaciones con los compañeros y bajo rendimiento escolar.

Este trastorno se diagnostica más frecuentemente en hombres que en mujeres.

5.5.4. Prevalencia

El trastorno esquizoide de la personalidad es poco frecuente en el entorno clínico.

5.5.5. Diagnóstico diferencial

El trastorno esquizoide de la personalidad puede diferenciarse del trastorno delirante, la esquizofrenia y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psi-

cóticos por el hecho de que se caracterizan por un periodo de síntomas psicóticos persistentes (por ejemplo, ideas delirantes y alucinaciones). En este caso, cuando hay un diagnóstico adicional de trastorno esquizoide de la personalidad, éste debe haberse manifestado antes del inicio de los síntomas psicóticos, y persistir cuando éstos ya estén en fase de remisión.

Las formas leves del *trastorno autista* y el *trastorno de Asperger* se distinguen del trastorno esquizoide de la personalidad por un deterioro mayor de la interacción social y por comportamientos e intereses estereotipados.

También hay que distinguir los cambios en la personalidad producidos por una *enfermedad médica*, y también de aquellos síntomas que se pueden desarrollar asociados al *consumo crónico de sustancias*.

Se diferencia del *trastorno esquizotípico de la personalidad* por la falta de distorsiones perceptivas y del *trastorno paranoide de la personalidad* por la falta de suspicacia e ideación paranoide. En el *trastorno de la personalidad por evitación*, la tendencia al aislamiento es a causa del tempor a estar abrumado o a no saber qué hacer y a la anticipación excesiva del rechazo. En el caso del *trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad*, puede haber un distanciamiento social que surge de la devoción al trabajo y del malestar con las emociones, pero tienen una capacidad interna para relacionarse.

5.6. Trastorno esquizotípico de la personalidad

Este trastorno es el que está asociado con más frecuencia con la expresión de la esquizofrenia. Los estudios realizados revelan que es un factor importante de vulnerabilidad para desarrollar un trastorno esquizofrénico, junto con dificultades específicas en el procesamiento atencional.

5.6.1. Características básicas

La *característica principal* de este trastorno es un déficit social e interpersonal marcado por un intenso desagrado y una capacidad reducida para las relaciones estrechas, y también distorsiones perceptuales o cognitivas y excentricidades en

el comportamiento, que aparecen desde el inicio de la edad adulta y en diversos contextos.

Se requieren al menos cinco de las manifestaciones siguientes:

- Ideas de referencia (por ejemplo, interpretaciones incorrectas de incidentes casuales y acontecimientos externos como poseedores de un significado especial).[25]
- Creencias extrañas o pensamiento mágico que influyen sobre el pensamiento y que no son consistentes con su contexto cultural (por ejemplo, creer que tienen un control mágico sobre los demás).
- Experiencias perceptivas inusuales (por ejemplo, sentir que hay otra persona u oír que pronuncia su nombre).
- Lenguaje extraño (por ejemplo confuso, indefinido, circunstancial, metafórico, sobreelaborado o estereotipado), pero que no llega a presentar incoherencia.
- Afectividad inapropiada o limitada, y también falta de habilidades interpersonales para relacionarse adecuadamente.
- Comportamiento o apariencia extraño, excéntrico o peculiar.
- Falta de amigos íntimos o confidentes.
- Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y que tiende a ser causa en mayor medida de miedos paranoides que de temores respecto a evaluaciones negativas que las otras personas puedan hacer de él. Suelen ser personas recelosas.

Los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 y los criterios del DSM-IV para el trastorno esquizotípico son diferentes, pero definen en líneas generales el mismo trastorno. La CIE-10 no considera esta alteración como un verdadero trastorno de la personalidad, y la incluye en la sección donde figuran la esquizofrenia, el trastorno esquizotípico y el trastorno delirante. [26]

Ejemplo

Luis tiene treinta y ocho años y vive con su madre. Ha sido una persona solitaria y huraña desde su infancia. No tenía amigos. En la escuela se quedaba solo en el patio

25. Deben diferenciarse de las ideas delirantes de referencia. En éstas, las creencias se mantienen con una convicción delirante.
26. Consulte el *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (pág. 661).

y jugaba con piedras. Su rendimiento escolar era bajo. No le interesaba hacer los deberes y no prestaba atención. Se le veía constantemente malhumorado y poco comunicativo. En el aula se pasaba las horas con la mirada perdida y ausente, y no prestaba atención. Nunca trató de relacionarse con los otros, y no estableció ningún tipo de relación afectiva con nadie. En su adolescencia era considerado un niño extraño y no contaban con él. Posteriormente, su vida se ha reducido de casa al trabajo, donde poco a poco ha ido bajando el rendimiento, y por eso ha perdido el trabajo. Cuando es entrevistado se muestra receloso y evita cualquier contacto con la mirada. Su aspecto es descuidado, y si no fuera porque su madre lo presiona, no conservaría los hábitos higiénicos mínimos. Su madre dice que pueden pasarle "cosas malas" porque él las piensa. Las respuestas a las preguntas planteadas son monosílabos. Admite que no le interesa nada.

5.6.2. Otros síntomas y trastornos asociados

Pueden presentar síntomas de ansiedad, depresión u otros estados de ánimo disfóricos. En estas personas existe la posibilidad de sufrir episodios psicóticos breves cuando se encuentran en situación de estrés. En algunos casos se puede presentar un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o una esquizofrenia. Los trastornos depresivos mayores se pueden asociar con frecuencia (en un 30-50% de los casos), así como los trastornos de personalidad esquizoide, paranoide, límite y por evitación.

5.6.3. Prevalencia

La prevalencia del trastorno esquizotípico de la personalidad en la población general es aproximadamente de un 3%.

5.6.4. Diagnóstico diferencial

El trastorno esquizotípico de la personalidad puede diferenciarse del *trastorno delirante*, la *esquizofrenia* y el *trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos*. Éstos se caracterizan por un periodo de síntomas psicóticos persistentes (como ideas delirantes y alucinaciones).

Para hacer un diagnóstico adicional de trastorno esquizotípico de la personalidad, se utilizan los mismos criterios que en el trastorno esquizoide de la personalidad.

Puede en éstos la falta de contacto social es aún diferenciarse también del *trastorno autista* y del *trastorno de Asperger*, porque mayor, así como la reciprocidad emocional, y por los comportamientos e intereses estereotipados.

A su vez, se diferencia del cambio de personalidad a causa de una enfermedad médica y de los síntomas que se pueden presentar asociados al consumo tóxico de sustancias.

Respecto a otros trastornos de la personalidad, presenta distanciamiento social como en los *trastornos paranoide* y *esquizoide de la personalidad*. Pero en el trastorno esquizotípico también hay distorsiones cognitivas o perceptivas, así como una acusada excentricidad y rarezas.

Se parece al *trastorno de la personalidad por evitación* en la limitación en las relaciones personales, pero se diferencian en que en el trastorno por evitación se reprime el deseo de relacionarse por temor al rechazo, mientras que en el trastorno esquizotípico hay una falta de deseo de relacionarse y un persistente distanciamiento. Asimismo, la suspicacia y el distanciamiento social que, a veces, se puede apreciar en el *trastorno narcisista de la personalidad* se relaciona con el temor a que se descubran sus imperfecciones o defectos. Finalmente, en el *trastorno límite de la personalidad* se pueden presentar síntomas similares a los psicóticos, pero no persisten en el tiempo, ya que se relacionan con situaciones de cambio afectivo en respuesta al estrés y habitualmente están más disociados.

5.7. Trastornos de la personalidad que pertenecen al grupo B

En este grupo están los siguientes trastornos:

1) Trastorno antisocial de la personalidad
2) Trastorno límite de la personalidad
3) Trastorno histriónico de la personalidad
4) Trastorno narcisista de la personalidad

5.8. Trastorno antisocial de la personalidad

5.8.1. Características básicas

La *característica principal* de este trastorno es un patrón general de menosprecio y violación de los derechos de los demás que se inicia durante la infancia o al principio de la adolescencia y que continúa en la edad adulta. A su vez, las mencionadas características se presentan de manera reiterada y persistente. Este patrón también ha sido denominado *psicopatía*, *sociopatía* o *trastorno disocial de la personalidad*.

Es notable la presencia de engaño y manipulación para conseguir beneficios o placer personales. Asimismo, los comportamientos existentes en este trastorno se dividen en cuatro grupos: comportamiento agresivo que causa dolor físico o amenaza a otras personas o animales, comportamiento no agresivo que causa pérdidas o daños a la propiedad, fraudes o robos y graves violaciones de las normas. Este patrón de comportamiento se puede presentar en diferentes contextos como la casa, la escuela o la comunidad. Este trastorno provoca, así, un deterioro significativo de la actividad social, académica y laboral.

Al principio, los niños y adolescentes pueden mostrar un comportamiento fanfarrón, amenazador o intimidador, iniciar peleas físicas con frecuencia, utilizar un arma que puede provocar graves daños físicos (por ejemplo un bate, un ladrillo, una navaja), ser crueles con personas o animales, robar enfrentándose a la víctima o forzar a otra persona a una actividad sexual. La violencia física puede adoptar la forma de violación, asalto o, muy raramente, homicidio. Suelen permanecer fuera de casa en horas nocturnas (prohibidas por los padres) y pueden producirse fugas y ausencias en el colegio sin justificación.

Los criterios diagnósticos de la CIE-10 y los criterios del DSM-IV son diferentes, pero en líneas generales definen el mismo trastorno. A diferencia del DSM-IV, en la CIE-10 no se requiere la presencia de síntomas de trastorno comportamental en la infancia. En la CIE-10, este trastorno se denomina *trastorno disocial de la personalidad*.[27]

27. Consulte el *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* para el trastorno antisocial de la personalidad (pág. 666).

5.8.2. Otras características existentes en el patrón de comportamiento antisocial

Consisten en que son personas que no logran adaptarse a las normas sociales respecto al comportamiento legal. Son personas que reiteran actos como la destrucción de la propiedad, herir o robar a otras personas o dedicarse a actividades ilegales.

Pueden mentir repetidamente, romper promesas para obtener beneficios o favores o evitar deudas u obligaciones y poner de manifiesto un patrón de impulsividad mediante la incapacidad para planificar el futuro. Las decisiones se toman sin pensar, sin tener en cuenta las consecuencias para él mismo o para los demás. Son personas violentas en sus actividades y no se inhiben ante el miedo.

La manera en que expresan sus emociones puede ir desde la hostilidad hasta la malevolencia. Evitan el sentimentalismo, la calidez o la intimidad, ya que los consideran signos de debilidad. Presentan una incapacidad para identificarse con las emociones de los demás y para compartir y sentir muchas emociones. Tienden a ser personas irritables y agresivas y a mostrar enojo y cólera, y pueden tener repetidas peleas físicas o cometer actos de agresión.

Su conducta es arriesgada y busca estimulación. Demuestran tener una notable despreocupación por su seguridad y por la de los demás (por ejemplo, son conductores imprudentes, con exceso de velocidad). Asimismo, pueden tener comportamientos sexuales o consumo de sustancias que tengan alto riesgo de producir consecuencias perjudiciales.

Son personas irresponsables en su trabajo (abandono, absentismo sin justificación, etc.) y también en el área económica y de mantenimiento de su familia.

No refieren remordimiento ante sus actos, no reconocen culpabilidad (e incluso llegan a culpar a sus víctimas, por ejemplo, “merecen su mala suerte”), y muestran indiferencia ante las consecuencias de sus actos.

Estas personas se muestran seguras de sí mismas y en cierto modo arrogantes. No son frecuentes los sentimientos de lealtad o de culpa cuando instrumentalizan a otros para lograr sus objetivos. Las personas que los rodean se pueden sentir intimidadas por su frialdad y arrogancia. Son personas altamente competitivas y malos perdedores. Parecen necesitar un elevado control sobre los

otros, generalmente por la desconfianza que tienen, hecho que funcionaría como mecanismo de defensa ante su inseguridad interpersonal.

Desde un punto de vista cognitivo, se caracterizan por ser personas muy realistas. Pueden percibir el ambiente o situación externa como amenazador (se benefician de tópicos como el racismo, la xenofobia, nacionalismos, etc.), por lo que permanecen vigilantes y autojustifican sus actitudes hostiles o violentas dependiendo de esos peligros percibidos y actúan, por tanto, en defensa propia.

Este trastorno de la personalidad no es sentido por el sujeto que lo padece como egodistónico, es decir, como ajeno o molesto para las personas, sino que se vive como parte integrante de la personalidad plenamente aceptada, por lo cual el sujeto no se siente enfermo. Se definen como personas competitivas, dominantes, adrenérgicas, fuertes, realistas y duras. Se sienten orgullosos de ser como son.

Ejemplo

Manuel tiene veinte años. Actualmente ni estudia ni trabaja. Desde pequeño ha sido un niño mentiroso e imprevisible en sus actividades. En el colegio hacía novillos con frecuencia, y cuando estaba en clase no prestaba atención, distraía a los demás y les molestaba. A veces robaba el material escolar de sus compañeros y hurgaba en sus mochilas, buscando dinero. Le divertía molestar a los gatos haciéndoles chillar, y recuerda con especial gusto el día en que mató un gato tirándolo de un cuarto piso. Una vez, tiró la mochila de un compañero a un contenedor y lo incendió.

A los quince años robaba motocicletas para dejarlas en un descampado después de haberlas desmontado para vender las piezas. Poco después robó la tarjeta de crédito de su abuela y le sacó los ahorros.

Ha tenido varias novias y todas han estado a su lado poco tiempo, ya que las humillaba y abandonaba rápidamente.

Últimamente ha trabajado en un bar como camarero, pero ha estado allí poco tiempo, porque robó dinero de la caja registradora.

5.8.3. Otros síntomas y trastornos asociados

Estos individuos pueden experimentar disforia, incluso quejas de tensión, incapacidad para tolerar el aburrimiento y estados de ánimo depresivo. Pueden

presentar de manera asociada trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos relacionados con sustancias, trastornos de somatización, juego patológico y otros trastornos del control de los impulsos.

La probabilidad de desarrollar un trastorno antisocial de la personalidad en la vida adulta aumenta si el sujeto presenta un trastorno primerizo disocial y un trastorno por déficit de atención con hiperactividad asociado.

Este trastorno tiene un curso crónico, pero se puede hacer menos manifiesto o remitir a medida que el sujeto cumple años, especialmente hacia la cuarta década.

5.8.4. Prevalencia

La prevalencia total del trastorno antisocial de la personalidad en la población general es aproximadamente de un 3% en los hombres y del 1% en las mujeres. Por otro lado, en las poblaciones clínicas la prevalencia varía entre un 3 y un 30%.

5.8.5. Diagnóstico diferencial

Este trastorno puede aparecer asociado a un *trastorno relacionado con sustancias*. En este caso, sólo se diagnostica cuando tuvo su inicio en la infancia y los signos del trastorno antisocial persisten durante la edad adulta.

Se puede confundir con el *trastorno narcisista de la personalidad*, con el que comparte la tendencia a la dureza, superficialidad, ser poco sincero y falta de empatía. En el trastorno narcisista no se incluyen las características de impulsividad, agresión y engaño, y no suelen tener antecedentes de trastorno disocial de la personalidad.

Con el *trastorno histriónico de la personalidad* comparten la tendencia a ser impulsivos, superficiales, buscadores de sensaciones, imprudentes, seductores y manipuladores. Pero en el caso del trastorno histriónico tienden a ser más exagerados en sus emociones, y no suelen involucrarse en comportamientos antisociales. Tanto el *trastorno hist*riónico como el *límite de la personalidad* emplean la manipulación para conseguir la atención, mientras que en el caso del trastor-

no antisocial de la personalidad el objetivo de la manipulación es consegiur una ventaja, obtener poder u otra gratificación material.

Cuando el comportamiento antisocial aparece incluido en el *trastorno paranoide de la personalidad*, suele ser a causa de un deseo de revancha.

5.9. Trastorno límite de la personalidad

5.9.1. Características básicas

La *característica principal* del trastorno límite o *border line* de la personalidad es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, así como una notable impulsividad que comienza en la edad adulta y se da en diversos contextos. Asimismo, en este trastorno se aprecia gran variabilidad de sintomatología, y se destaca la ansiedad de separación (necesidad de dependencia y protección), variabilidad del estado de ánimo con periodos de abatimiento salpicados de momentos de euforia y episodios de irritabilidad más frecuentes, comportamientos autodestructivos (accidentes recurrentes, autolesiones, intentos de suicidio) y hostilidad impulsiva. Sus afectos son muy intensos y siempre parecen en estado de crisis. Es notable que estas reacciones son totalmente impredecibles. Se trata de personas inestables, tanto en humor como en sus relaciones y su autoimagen.

Suelen presentar problemas de identidad, dificultades para saber quién son, para dar coherencia a sus vidas y fijar sus objetivos y prioridades. Pueden presentar cambios bruscos y dramáticos de la autoimagen, caracterizados por cambios de objetivos, de valores y aspiraciones profesionales. Se pueden producir cambios bruscos de las opiniones y los planes sobre el futuro de los estudios, la identidad sexual, la escala de valores y los tipos de amistades. Tienden a mostrarse dependientes de los demás, a mostrar protección y seguridad. Cuando les parece que no reciben la atención que merecen, pueden llevar a cabo un control hostil sobre las personas de las que dependen.

Sus actitudes de manipulación, oposición y volubilidad generan rechazo y abandono, lo cual potencia su desconfianza hacia los demás y la tendencia a di-

rigir la hostilidad hacia ellos mismos. A su vez, pueden tener sentimientos de vacío y poca tolerancia a la soledad.

En la CIE-10, este trastorno se define en líneas generales como en el DSM-IV. Es denominado *trastorno de la personalidad por inestabilidad emocional, tipo límite*.[28]

En su historia personal podemos encontrar falta de perseverancia y multitud de fracasos tanto en sus relaciones como en éxitos académicos y profesionales. Son personas muy sensibles a las circunstancias ambientales. Parece que están constantemente empezando de nuevo. En los casos más graves, pueden experimentar periodos transitorios caracterizados por conductas extrañas, impulsos irracionales, confusión y pensamientos engañosos.

5.9.2. Síntomas y trastornos asociados

Estas personas pueden presentar un patrón de infravaloración de sí mismos en el momento en que están a punto de conseguir un objetivo (por ejemplo, dejar los estudios cuando están a punto de conseguir un título académico). Algunos presentan síntomas similares a los psicóticos (por ejemplo, alucinaciones, distorsiones de la imagen corporal e ideas de referencia), especialmente en los periodos de estrés.

Son frecuentes las pérdidas repetidas de trabajo, las interrupciones en los estudios y las rupturas matrimoniales.

A veces, en la infancia de estas personas pueden haberse dado episodios de maltrato físico o sexual, negligencia en su cuidado, pérdida temprana o separación parental. Suelen encontrarse asociados otros trastornos, como trastornos del estado de ánimo, trastornos relacionados con sustancias, trastornos de la conducta alimentaria (especialmente bulimia), trastorno por estrés postraumático y los trastornos por déficit de atención con hiperactividad. Se pueden dar juntamente con otros trastornos de la personalidad.

28. Consulte el *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, en la página 670.

Ejemplo

Marta, de veintiocho años, fue a la consulta porque estaba triste, deprimida y preocupada por su exceso de peso y el desarrollo de conductas alimentarias parecidas a la bulimia que mantenía en los últimos ocho meses. Marta había sido una niña amable y simpática, con un rendimiento académico suficiente hasta los doce años. En aquel tiempo, su carácter empezó a cambiar y se hizo más huraña, cerrada, desagradable, malhumorada y rebelde. A los quince años empezó a cambiar de amistades con frecuencia, y se relacionaba con grupos de personas con conductas de riesgo (consumo de sustancias tóxicas, alcohol, tendencia a excesos de velocidad y actividades delictivas –pequeños robos). Empezó a hacer novillos y después abandonó los estudios. Dos años después quiso retomar los estudios, pero pocos meses después volvió a abandonarlos. Sus actividades se centraban en encuentros con los amigos. Poco después su padre le ofreció trabajar en su empresa como recepcionista, pero abandonó el trabajo porque no se adaptaba a un horario y unas exigencias mínimas. Su estado de ánimo pasaba de estar muy contenta y con ilusiones a estar triste y deprimida cuando no conseguía quedar con alguien. Había mantenido relaciones sexuales esporádicas y cambiantes, sin protección. Sus relaciones eran muy pasionales y poco duraderas. Podía pasar días tumbada en el sofá, con una fuerte sensación de aburrimiento, sin quitarse el pijama durante días y evitando los hábitos mínimos de higiene (la insistencia de su madre hacía que se cambiase de ropa de tanto en tanto). Últimamente discutía con su madre por tonterías, y mostraba excesos de ira que no se adecuaban a los estímulos.

Millon (1985, 1986) plantea la existencia de diferentes tipos de trastorno límite según los rasgos de personalidad que predominen:

- El subtipo *límite dependiente o desanimado* corresponde a personas necesitadas, impotentes, deprimidas, en un estado de desesperanza, implicadas en exceso en una relación que no es segura.
- En el subtipo *límite histriónico o impulsivo* tienen muchas dificultades sociales, intensifican su irresponsabilidad y seducción cuando aparecen dificultades y suelen manifestar conductas y procesos cognitivos de naturaleza extravagante. Pueden intercalar periodos en los que parecen adecuados y otros donde se muestran hiperactivos, eufóricos y hablan sin parar.
- El subtipo *límite pasivoagresivo o petulante* corresponde a personas propensas a la queja crónica, la irritabilidad, la impaciencia y el descontento, que se expresa en forma de preocupaciones hipocondríacas y autoculpabilización. Pueden presentar amargura de una forma crónica.
- El subtipo *límite autodestructivo* muestra resentimiento hacia aquellos que más necesita, pero se caracteriza por cerrarse progresivamente en sí mis-

mo, por automenospreciarse y castigarse, presentando un importante riesgo de suicidio.

5.9.3. Prevalencia

Se estima que la prevalencia de este trastorno se sitúa en torno a un 2% de la población general, aproximadamente de un 10% en la población de los centros ambulatorios de salud mental y en torno a un 20% entre los pacientes psiquiátricos ingresados. En las poblaciones clínicas con trastornos de la personalidad, se sitúa entre el 30 y el 60%.

Habitualmente, se encuentra la inestabilidad crónica a inicios de la edad adulta, con episodios de grave descontrol afectivo e impulsivo y altos niveles de utilización de los recursos de salud mental y general. Durante la cuarta y quinta décadas de la vida, la mayoría de los sujetos con este trastorno consiguen una mayor estabilidad en sus relaciones y en su actividad profesional.

5.9.4. Diagnóstico diferencial

Hay que diferenciarlo de otros trastornos de la personalidad como el *trastorno histriónico de la personalidad*. En éste se puede apreciar la búsqueda de atención, el comportamiento manipulativo y las emociones rápidamente cambiantes, como en el trastorno límite de la personalidad, pero en este último también hallamos autodestructividad, rupturas airadas de las relaciones personales y sentimientos crónicos de vacío y soledad.

Como en el *trastorno esquizotípico de la personalidad*, podemos encontrar la presencia de ilusiones paranoides. Pero en el trastorno límite éstas son pasajeras.

Se diferencia del *trastorno paranoide de la personalidad* y del *trastorno narcisista de la personalidad* en que si bien en éstos también hallamos una reacción colérica a estímulos menores, no coinciden en la relativa estabilidad de la autoimagen, la relativa falta de autodestructividad, impulsividad y preocupación por el abandono que apreciamos en estos dos trastornos.

La manipulación del *trastorno antisocial de la personalidad* se diferencia de la manifestada en el trastorno límite porque en el primero tiene como objetivo conseguir una ventaja material, mientras que en el trastorno límite se consigue el interés de los que lo rodean.

En cuanto al *trastorno de la personalidad por dependencia*, la reacción al temor al abandono es de mansedumbre y sumisión, y busca urgentemente una nueva relación. En cambio, en el trastorno límite se produce con sentimientos de vacío emocional.

A su vez, hay que diferenciarlo de los rasgos que aparecen en un cambio de personalidad a causa de una *enfermedad médica* y de los síntomas que pueden aparecer en relación con el *consumo tóxico de sustancias*.

5.10. Trastorno histriónico de la personalidad

5.10.1. Características básicas

La *característica esencial* de este trastorno es la emotividad generalizada y excesiva y el comportamiento de búsqueda de atención. Comienza en la edad adulta y se puede dar en diferentes contextos.

Son personas que se sienten incómodas cuando no consiguen ser el centro de atención. Son vivaces y dramáticas, y tienden a llamar la atención, seduciendo inicialmente a las personas que acaban de conocer.

El aspecto y el comportamiento en estas personas suelen ser inapropiadamente provocativos y seductores desde un punto de vista sexual, y se dan no sólo con aquellas personas por las que tienen un interés sexual o romántico, sino también en diversas relaciones laborales, sociales y profesionales (más allá de lo que sería adecuado). La expresión emocional suele ser cambiante y superficial.

Su manera de hablar es excesivamente subjetiva y marcada de matices. Pueden expresar emociones contundentes, pero con argumentos confusos y difusos.

El trastorno de la personalidad puede estar con frecuencia en la base de los trastornos histéricos, y consta de las siguientes características:

- Egocentrismo. Necesidad imperiosa de ser el centro de atención en todos los ámbitos.

- Exageración. Se observa en las expresiones verbales y gestuales con gran dramatismo.
- Labilidad emocional. Las emociones son muy intensas y cambian rápidamente (el llanto puede transformarse en sonrisa con rapidez).
- Sugestionabilidad. Son influenciables por las opiniones de los otros (se puede apreciar la eficacia de placebos, la sugestión).
- Dependencia. Necesitan del apoyo constante de los otros y reclaman muestras de afecto.
- Utilización de la seducción y la erotización en sus relaciones sociales (por ejemplo, se puede observar en la facilidad de palabra y la vestimenta que utilizar). Se trata de un intento de deslumbrar al otro, atraer su atención, sentirse apreciado y valorado.
- Temor a la sexualidad, de manera que pueden presentar problemas diversos como insatisfacciones ocultas y disfunciones de todo tipo.

Los criterios diagnósticos de la investigación de la CIE-10 son idénticos en general a los del DSM-IV.[29]

Por otra parte, presentan una enorme facilidad para permanecer en ensueños diurnos y/o fantasías, con matices románticos, ideales y casi mágicos.

Cuando la realidad desengaña a estas personas, la reacción suele ser de disforia e irritabilidad.

Ejemplo

Marga es una mujer de cincuenta y cuatro años, ama de casa. Está casada y no tiene hijos. Cuenta que desde pequeña sentía que no era tenida en cuenta por sus padres, que estaban más pendientes de sus dos hermanas menores. Refiere que ella encaminó todos sus esfuerzos a agradar especialmente a su madre, de manera que cuando sus amigas la buscaban para salir, si su madre le pedía que se quedara con ella cosiendo renunciaba a salir con las amigas. Recuerda que era una niña tímida, se sentía como "el patito feo" y le parecía que no era querida, motivo por el cual siempre se preocupó de ser una "niña modelo", una "niña buena" en casa y en la escuela. Cuenta que una vez, en la pubertad, descubrió casualmente a sus padres manteniendo relaciones sexuales, y desde entonces odió a su padre porque pensaba que le estaba haciendo daño a su madre. Cuando tenía dieciocho años, llevó a cabo un intento de

29. Consulte el *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, en la página 674.

suicidio mediante ingesta de fármacos. Comenta que no tenía ganas de vivir y le parecía que no servía para nada y que no la tenían en cuenta. En aquel momento se le diagnosticó un episodio depresivo que ha revivido en diversos momentos de su vida. Se casó a los veintiocho años, enamorada de su marido. No ha conseguido tener relaciones sexuales satisfactorias en ningún momento de su vida. Se esforzaba en mantenerlas mientras pensaba que podía quedarse embarazada. Con el paso del tiempo perdió completamente el interés por eso. Alguna vez ha pensado en separarse de su marido, pero con él se siente protegida y cuidada materialmente. Nunca ha trabajado y no se ha sentido capaz de hacer ninguna tarea fuera de casa. Se ha dedicado a cuidar de sus padres hasta que han muerto. Frecuentemente tiene dolor de espalda y de hombros, así como contracturas, por lo que acude regularmente a un fisioterapeuta a que le dé masajes.

5.10.2. Otras características

Otras características y síntomas presentes en estas personas son rivalidad con las personas de su mismo sexo, aburrimiento ante la rutina, cierto riesgo de amenaza de suicidio con la intención de manipular su entorno y entusiasmo rápido e intenso de fácil disolución.

Pueden tener dificultades para lograr una intimidad emocional en las relaciones románticas o sexuales. Pueden tratar de ejercer un control sobre su compañero mediante la manipulación emocional o la seducción. De uno u otro modo, manifiestan una gran dependencia. Las relaciones con las personas del mismo sexo se suelen deteriorar a causa de su estilo interpersonal, provocativo sexualmente. A menudo se entristecen y se enfadan cuando no logran ser el centro de atención.

Suelen ser personas poco tolerantes a la frustración, que se presenta fácilmente cuando no consiguen gratificación immediata.

No se conoce riesgo real de suicidio, pero sí se ha apreciado un elevado riesgo en cuanto a intentos y amenazas suicidas para lograr la atención.

Este trastorno se asocia a tasas altas de trastorno de somatización, trastorno de conversión y trastorno depresivo mayor. Puede darse también en concurrencia con los trastornos de la personalidad límite, narcisista antisocial y por dependencia.

5.10.3. Prevalencia

Es de un 2-3% aproximadamente en la población general. En centros de salud mental hospitalarios y ambulatorios hay una tasa de un 10-15%.

5.10.4. Diagnóstico diferencial

Hay otros trastornos de la personalidad que pueden confundirse con el trastorno histriónico de la personalidad porque tienen características en común, pero a su vez, hay otros que marcan la diferencia. Así, en el *trastorno límite de la personalidad* podemos ver también búsqueda de atención, comportamiento manipulativo y emociones rápidamente cambiantes; no obstante, se diferencia en la presencia de agresividad, rupturas airadas de las relaciones personales y sentimientos crónicos de un profundo vacío y alteración de la identidad. En el *trastorno antisocial de la personalidad* veíamos, como el trastorno histriónico de la personalidad, tendencia a la impulsividad, superficialidad y a la temeridad: son seductores y manipuladores. Pero en el trastorno antisocial estas características van encaminadas a obtener provecho, poder o gratificación material. Y en el trastorno histriónico se busca afecto.

Por otro lado, en el *trastorno narcisista de la personalidad* se busca la atención de los otros para ser halagado por su "superioridad", mientras que en el trastorno histriónico la persona trata de ser vista como frágil o dependiente. Finalmente, en el *trastorno dependiente de la personalidad* se reclama la atención, los elogios y los consejos de los otros, pero no se ven las características extravagantes, exageradas y emocionales del trastorno histriónico de la personalidad.

Asimismo, hay que diferenciar las características propias de un cambio de personalidad a causa de una *enfermedad médica* o los síntomas que se pueden presentar en asociación con el *consumo crónico de sustancias*.

5.11. Trastorno narcisista de la personalidad

5.11.1. Características básicas

La *característica principal* de este trastorno se centra en la grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía, comienza a inicios de la edad adulta y

se da en diferentes contextos. La persona sobrevalora sus capacidades, exagera sus conocimientos y cualidades y dirige sus afectos más hacia sí misma que hacia los demás. Son personas arrogantes que se sienten por encima de las convenciones sociales y asumen que los otros han de someterse a su propia comodidad y bienestar, que tienen derecho a ser servidos y considerados como seres especiales y superiores. No conciben que sus conductas puedan ser irracionales y no aceptan críticas ni comentarios de los demás sobre sí mismos.

Transmiten una imagen de despreocupación y autosatisfacción, que refleja inmodestia, presuntuosidad y una manera arrogante de relacionarse. Su grandiosidad se expresa con la apariencia física, la ropa o la manera de actuar. Experimentan un sentimiento de bienestar y optimismo en su vida cotidiana. Tienen un humo expansivo, siempre que no estén en situaciones que consideran humillantes o estresantes. En estos casos pueden mostrarse irritables, y se sienten profundamente heridos y vacíos.

El estado de ánimo suele ser relajado, pudiendo llegar a mostrarse amables y encantadores.

5.11.2. Otras características y síntomas de estas personas

Están inclinados a sufrir pocos conflictos y a confiar en los otros y en que las cosas les irán bien. Probablemente esta actitud se deriva del hecho de que sus padres les hicieron creer que eran perfectos, independientemente de lo que hicieran. Las responsabilidades cotidianas se experimentan como una intrusión en la ilusión narcisista de ser alguien divino.

Las personas narcisistas tienen una gran imaginación y capacidad para fantasear sobre su belleza o su éxito y se ajustan muy poco a la realidad, mintiendo si es necesario para mantener sus ilusiones. Cuando no se logra el éxito y la superioridad, se refugian en sus fantasías y buscan excusas para redimir su orgullo. No obstante, cuando se hace muy evidente la crítica de los demás, pueden verse obligados a utilizar la proyección como defensa, acusando a los demás de sus problemas.

Los narcisistas buscan no depender de nadie, aunque sí necesitan que los otros les muestren afecto y admiración. Suelen envidiar a los otros o creen que

los otros los envidian. Pueden envidiar los éxitos y las propiedades ajenas, creyendo que ellos son más merecedores de esos éxitos, admiración o privilegios. Estas personas contribuyen poco o nada a corresponder a las gratificaciones que buscan. La no reciprocidad es esencial en sus relaciones interpersonales. Éstas están típicamente deterioradas a causa de los problemas derivados de su pretenciosidad, necesidad de admiración y de la relativa falta de interés por la sensibilidad de los otros. Los periodos persistentes de grandiosidad pueden estar asociados a un estado hipomaníaco.

La vulnerabilidad de la autoestima hace al sujeto con trastorno narcisista muy sensible al "ultraje" de la crítica o de la frustración.

Este trastorno también se asocia con la anorexia nerviosa y los trastornos relacionados con sustancias (especialmente, cocaína). Los trastornos de la personalidad histriónica, límite, antisocial y paranoide se pueden asociar con el trastorno narcisista de la personalidad.

Los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 recogen los criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno narcisista de la personalidad en el anexo "Criterios diagnósticos provisionales para algunos trastornos".[30]

Ejemplo

Antonio tiene cuarenta y seis años, y es jefe de marketing de una empresa de alimentación. Cuida mucho de su imagen en todos los sentidos (hace régimen, va al gimnasio, viste adecuadamente, tiene en cuenta los detalles, etc.). Ejerce un estricto control sobre todas las personas de su entorno, tanto en casa como en el trabajo. Suele repasar exhaustivamente todos los trabajos que se le entregan y añadir su "toque personal", de modo que nada está perfectamente acabado hasta que él lo retoca. A sus subordinados les exige dedicación completa en el trabajo y alta velocidad en su rendimiento, y les requiere una atención constante. A veces, fuera de horas de trabajo, les llama por teléfono para aclarar cualquier duda sobre el trabajo. Suele hacer ostentación de sus proyectos, explica la facilidad con la que consigue éxitos, se relaciona con personas que él cree muy importantes y lo comenta en público, ante sus subordinados y amigos, para que se den cuenta de que él también es muy importante. Considera que nadie podría hacer mejor su trabajo y constantemente encuentra errores en sus homólogos. Cuando conversa con los amigos suele explicar ampliamente todo lo que consigue, pero no se interesa por lo que hacen o sienten los demás. Ocupa el tiempo hablando de él mismo y de sus progresos dentro de la empresa. A su vez, piensa que en cierta manera es envidiado por los demás, y no duda en desprestigiarlos.

30. Consulte el *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (pág. 678).

Los rasgos narcisistas son especialmente frecuentes en adolescentes y no indican necesariamente que el sujeto presente en el futuro un trastorno narcisista de la personalidad. El 50-70% de los sujetos que reciben el diagnóstico de trastorno narcisista son hombres.

5.11.3. Prevalencia

Las estimaciones de la prevalencia del trastorno narcisista de la personalidad oscilan entre el 2 y el 16% de la población clínica, siendo menos del 1% de la población general.

5.11.4. Diagnóstico diferencial

La característica más útil para discriminar entre el trastorno narcisista de la personalidad y los *trastornos de la personalidad histriónica*, *antisocial* y *límite* (cuyos estilos de interacción son, respectivamente, la coquetería, la insensibilidad y la pobreza personal) es la grandiosidad típica del trastorno narcisista. El orgullo excesivo por los éxitos, una falta excesiva de demostraciones emocionales y el desdén por las sensibilidades ajenas ayudan a distinguir el trastorno narcisista de la personalidad del trastorno histriónico de la personalidad. Se distingue del trastorno antisocial de la personalidad en que no tiene la impulsividad, agresión y engaño de éste.

En el *trastorno obsesivo-compulsivo*, el individuo puede entregarse al perfeccionismo y creer que los demás no pueden hacer bien las cosas. Las personas que padecen el trastorno narcisista de la personalidad son más propensas a creer que han logrado la perfección. La suspicacia o el retraimiento social suelen diferenciar a los sujetos con *trastorno esquizotípico o paranoide de la personalidad*.

Asimismo, hay que diferenciar las características propias de un cambio de personalidad a causa de una *enfermedad médica* o los síntomas que se pueden presentar en asociación con el *consumo crónico de sustancias*.

5.12. Trastornos de la personalidad que pertenecen al grupo C

En este grupo encontramos los siguientes trastornos:

1) Trastorno de la personalidad por evitación.
2) Trastorno de la personalidad por dependencia.
3) Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

5.13. Trastorno de la personalidad por evitación

5.13.1. Características básicas

La *característica esencial* de este trastorno es un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inadecuación y una hipersensibilidad a la evaluación negativa que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diferentes contextos.

Las personas que sufren este trastorno evitan trabajar o hacer actividades que impliquen contacto interpersonal, porque tienen miedo de las críticas y la desaprobación. Su autoestima es muy baja y se sienten inferiores. Por otro lado, evitan hacer nuevas amistades por temor a no ser apreciados y aceptados. La intimidad interpersonal suele ser difícil para ellos, aunque son capaces de establecer relaciones íntimas cuando hay seguridad de una aceptación acrítica.

Se pueden sentir muy ofendidos si alguien se muestra crítico e incluso levemente en contra. Son personas tímidas, calladas e inhibidas, con gran temor a llamar la atención y a que eso comporte humillación y rechazo. Tienen miedo de hablar de sí mismos y tienen sentimientos íntimos de temor de verse comprometidos y ridiculizados. Los síntomas somáticos secundarios u otros problemas pueden ser una razón suficiente para evitar nuevas actividades.

Los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 y los criterios del DSM-IV para el trastorno de la personalidad por evitación son diferentes, pero definen en líneas generales el mismo trastorno. En la CIE-10, este trastorno se llama trastorno ansioso (por evitación) de la personalidad.[31]

31. Consulte el *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (pág. 681).

5.13.2. Otros síntomas y trastornos asociados

Estas personas suelen tener en cuenta de manera especial y detallada las expresiones de aquellos con los que tienen contacto. Sus temores y su comportamiento tenso pueden provocar la ridiculización y la burla de otros. Se perciben a sí mismos como personas "vergonzosas", "tímidas", "solitarias" y "aisladas", y tienen miedo de reaccionar ante los demás enrojeciendo o llorando. Los comportamientos de evitación también pueden afectar a la actividad laboral, porque tratan de eludir situaciones que pueden ser importantes para cumplir las demandas básicas de su trabajo.

Se suelen asociar al trastorno de evitación trastornos del estado de ánimo y de ansiedad (especialmente la fobia social de tipo generalizado). Se suele unir al trastorno por dependencia porque acaban estando muy ligados y siendo muy dependientes de las personas de quienes son amigos. También suele asociarse al trastorno límite de la personalidad y a los trastornos de la personalidad mencionados en el grupo A.

Ejemplo

Miguel, administrativo de cuarenta y dos años, explica que se ha sentido triste desde siempre, apagado y especialmente incómodo cuando está rodeado de gente. Parece que sólo se siente bien cuando llega a casa y está solo viendo la televisión, leyendo o escuchando música. Recuerda que desde pequeño evitaba ir a fiestas de cumpleaños y lugares donde tuviera que compartir juegos con otros niños. Prefería estar solo. No ha tenido amigos íntimos y ahora no tiene amigos, ya que a lo largo de los años ha ido notando que cada vez le era más difícil establecer contacto y conocer a personas nuevas. Se considera incapaz de relacionarse adecuadamente y se siente inhibido y cohibido. Piensa que puede ser rechazado por los demás, que pueden burlarse de él porque no sabe qué decir. No se siente seguro de ser aceptado. En el trabajo ha rechazado la posibilidad de aumentar de categoría, porque eso haría que tuviera que relacionarse con más personas de la empresa y piensa que haría el ridículo. No ha experimentado crisis de angustia cuando ha estado en situaciones sociales, pero puede prever que puede pasarle algo así, de modo que aumenta su ansiedad.

El comportamiento de evitación suele iniciarse durante la infancia con vergüenza, aislamiento y temor a los extraños y a situaciones nuevas. Estas características se van acentuando progresivamente. Este trastorno es tan frecuente en hombres como en mujeres.

5.13.3. Prevalencia

En la población general se produce entre un 0,5 y 1%. En los pacientes ambulatorios de las clínicas de salud mental, se ha descrito un 10%.

5.13.4. Diagnóstico diferencial

Puede darse un importante encabalgamiento entre este trastorno y la *fobia social, tipo generalizado*. La evitación también es típica del *trastorno de angustia con agorafobia* (en ese caso, se inicia después de la crisis de angustia). El *trastorno de la personalidad por dependencia* también se caracteriza por sentimientos de inferioridad, hipersensibilidad a la crítica y necesidad de reafirmación. En ese caso, la preocupación no es la evitación de los otros, sino que los otros se ocupen. También se caracterizan por el aislamiento el *trastorno esquizoide de la personalidad* y el *trastorno esquizotípico de la personalidad*, pero no sufren por ello, como ocurre en el trastorno por evitación. La respuesta de desconfianza ante los otros también se produce en el *trastorno paranoide de la personalidad*. No obstante, el temor en el trastorno por evitación es encontrarse con un compromiso o sentirse inferior.

Asimismo, hay que diferenciar las características propias de un cambio de personalidad a causa de una *enfermedad médica* o los síntomas que pueden presentarse en asociación con el *consumo de sustancias*.

5.14. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

5.14.1. Características básicas

La *característica esencial* del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad es una preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, en detrimento de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia. Este patrón comienza al principio de la edad adulta y se da en distintos contextos.

Las características obsesivas pueden constituir una manera de funcionamiento habitual del sujeto, no necesariamente asociada a la presencia de manifestaciones clínicas de la relevancia de los rituales y otros síntomas obsesivos. Pueden aparecer rasgos asténicos de la personalidad, en los que se puede advertir cierta insuficiencia de energía vital y cierto déficit de tensión en su actividad. Parece como si las diversas tareas de la vida fueran hechas por obligación, con frecuentes sensaciones asociadas de cansancio y disgusto. La conducta de la persona parece marcada por la lentitud, la inercia y la afección a costumbres fijas, la parsimonia y la falta de flexibilidad y agilidad en las tareas que requieren adaptación a un entorno cambiante. También aparece la tendencia a la indecisión y a la duda, especialmente en las situaciones que el sujeto percibe como vitalmente importantes.

Se advierten rasgos de rigidez de carácter, por lo cual la persona también puede mostrar una predisposición peculiar al orden, la puntualidad, la meticulosidad en el trabajo, el detallismo, la pulcritud y limpieza, y también conservadurismo, gusto por la aplicación de normas y reglamentos y afición al coleccionismo. Son personas excesivamente cuidadosas y propensas a las repeticiones, a prestar una atención desmesurada a los detalles y comprobar muchas veces los posibles errores. El perfeccionismo y los otros niveles de rendimiento que se autoimponen causan en estos sujetos una disfunción y un malestar significativos. Muestran una dedicación excesiva al trabajo y las obligaciones, de manera que se pueden excluir las actividades de ocio y las amistades. Se toman las aficiones o actividades recreativas como tareas serias que exigen una organización cuidadosa y un duro esfuerzo para hacerlas bien. Lo que importa es que la ejecución sea perfecta.

Pueden ser personas muy tozudas, escrupulosas e inflexibles en temas morales, de ética o valores, y pueden llegar a ser despiadados con sus propios errores. Son poco inclinados a delegar tareas o trabajos en otros, e insisten en que todo debe hacerse a su manera. Pueden rechazar ofertas de ayuda porque piensan que nadie puede hacerlo bien. Son incapaces de tirar objetos usados o inútiles, aunque no tengan valor sentimental. Por otro lado, pueden ser personas avaras y tacañas, llevando así un nivel de vida inferior al que se pueden permitir, ya que creen que los gastos tienen que controlarse para prevenir futuras catástrofes.

La duda es un aspecto importante en este trastorno. Hay un miedo superior al normal ante la posibilidad de equivocarse, de las consecuencias negativas que

puedan resultar del error de decisión. A veces el sujeto procede como si quisiera asegurar la calidad de la decisión tomada a partir de examinar detenidamente todas las opciones disponibles, sus alternativas, las consecuencias de cada una, etc. Se defiende aplicando un sistema de pensamiento que aparentemente puede producir un nivel más elevado de seguridad.

Los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 y los criterios del DSM-IV son diferentes, pero definen en líneas generales el mismo trastorno. En la CIE-10 este trastorno recibe el nombre de *trastorno anancástico de la personalidad*.[32]

5.14.2. Otros síntomas y trastornos asociados

Son personas que se pueden trasformar o enfadar en las situaciones en que no pueden mantener el control de su entorno físico o interpersonal, si bien es típico que la ira no se exprese abiertamente. Son personas que están especialmente atentas a su estatus respecto a las relaciones de dominio-sumisión, y muestran una exagerada deferencia a una autoridad que no respetan.

Sus relaciones cotidianas son serias y formales, y pueden estar serios en situaciones en las que otros ríen y están alegres. Expresan el afecto de manera muy controlada. Pueden estar muy preocupados por lo lógico e intelectual y ser intolerantes con el comportamiento afectivo de los demás. Muchos de los rasgos de este trastorno se encabalgan con características de la personalidad tipo A (hostilidad, competitividad y sensación de urgencia). Se puede asociar también con trastornos del estado de ánimo y de ansiedad.

Ejemplo

Se trata de un ejecutivo de una empresa de cuarenta y seis años. Acude a la consulta bajo la insistencia de su mujer, que le pide que esté más en casa y se queja de su frialdad emocional, poca comunicación, dificultad para compartir horas de ocio y desinterés sexual. Se queja de que es demasiado ordenado y controla todo lo que se hace en casa, critica lo que cree que tendría que hacerse a su manera. Quiere conocer todas las actividades que se realizan (desde las menos importantes, como cuándo va a la peluquería su mujer, cuándo sale a comprar, etc.) y a qué hora, aunque él no esté ahí.

32. Consulte el *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (pág. 689).

Él comenta que le gusta su trabajo, le ha costado llegar al nivel donde está y no le gusta delegar responsabilidades (porque no tienen en cuenta los detalles como él, no prestan suficiente atención). Es perfeccionista y detallista, por lo que revisa su tarea muchas veces, más de las necesarias. Es exigente con sus colaboradores y subordinados ("tanto como lo soy conmigo mismo"), de modo que les critica constantemente si no trabajan con sus métodos. Le es difícil abandonar su puesto de trabajo si no ha cumplido con su apretada agenda, de modo que le dedica demasiado tiempo y cada día llega más tarde a casa. Cuando se organiza alguna actividad de ocio en familia, no se encuentra a gusto si no está todo muy organizado y no consigue disfrutar de ella porque considera que pierde un tiempo precioso que podría dedicar a algo productivo.

5.14.3. Prevalencia

En la población general se sugiere una prevalencia del 1%, y entre los individuos que acuden a clínicas de salud mental se sitúa entre un 3 y un 10%.

5.14.4. Diagnóstico diferencial

Si bien se asemeja mucho al *trastorno obsesivo-compulsivo*, se diferencia porque en el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad no hay verdaderas obsesiones y compulsiones. En el *trastorno narcisista de la personalidad* hay una tendencia al perfeccionismo, pero suelen creer que han alcanzado la perfección. En cambio, en el trastorno obsesivo-compulsivo suelen ser autocríticos. Tanto en el *trastorno narcisista* com en el *antisocial de la personalidad* suele haber falta de generosidad, pero a diferencia del trastorno obsesivo-compulsivo, se miman y no se descuidan a sí mismos. En el *trastorno esquizoide de la personalidad* y en el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad puede haber un alejamiento de los otros. En el primer caso, se debe a una falta de capacidad para la intimidad, mientras que en el segundo se sustenta en una sensación de malestar y dedicación al trabajo. Asimismo, hay que diferenciar las características propias de un cambio de personalidad a causa de una *enfermedad médica* o los síntomas que pueden presentarse en asociación con el *consumo crónico de sustancias*.

6. Los trastornos de la alimentación

6.1. Los trastornos de la alimentación en la clínica psicopatológica

La actividad de alimentarse está, en gran parte, controlada por el sistema nervioso del organismo. Por eso se le denomina *conducta autorregulada*, cosa que no significa, ni mucho menos, que sea una conducta automática. El nivel de "psicologización" del ser humano hace que esta conducta, del mismo modo que otras –como el ritmo sueño-vigilia o la sexualidad–, estén muy influidas simbólica y psicológicamente. Ello comporta que a menudo los cambios de la vida emocional afecten extraordinariamente a estas conductas. En el caso de la alimentación, la anorexia y la bulimia, entre otros, son trastornos que nos muestran lo que estamos diciendo en toda su crudeza.

Comer, por ejemplo, es algo que para nosotros posee muchos significados:

- *Supervivencia*. Factor biológico.
- *Seguridad, afecto, placer*. De pequeños, todos los seres humanos hemos pasados cientos de veces por una cadena de estímulos como "hambre (disgusto) = alimentación (desaparición del disgusto, es decir, placer) = contacto = calma".
- *Acto cultural-relacional*. Compartir comida, ofrecerla, es algo más que llevárselo al estómago. Lo que se come, cómo se come, etc., revela algo sobre cada uno de nosotros.

Los trastornos de la alimentación se presentan en mayor o menor medida en prácticamente todos los trastornos psicopatológicos. Pese a ello, su forma de aparición suele ser episódica y fugaz, y está muy ligada a la propia enfermedad de base.

6.1.1. Trastornos de la alimentación en la esquizofrenia

La presencia de alteraciones alimentarias en las psicosis esquizofrénicas es muy frecuente, tanto en los episodios agudos como en las evoluciones cronificadas. Los trastornos que observamos no son de tipo primario, sino que habi-

tualmente se relacionan con la clínica que presenta el enfermo o con los tratamientos farmacológicos que recibe.

En primer lugar, y por las características de gravedad que comporta, es necesario mencionar el rechazo absoluto de alimentación que a veces se observa en pacientes catatónicos. La falta de contacto con el medio que caracteriza este trastorno conduce a que no quieran ingerir alimentos.

Con más frecuencia se observa la negativa por parte del paciente a ingerir algunos o todos los alimentos que se le ofrecen, a causa de la presencia de ideación delirante de envenenamiento, perjuicio, etc. Aunque estas alteraciones alimentarias sean más propias de la fase aguda de la esquizofrenia o de las fases prodrómicas, la persistencia de la idea delirante puede prolongar estos trastornos alimentarios durante largos periodos.

La esquizofrenia cronificada y con un curso procesual puede condicionar la presencia de alteraciones aberrantes, como la coprofagia o la ingesta de productos no alimentarios, como madera, tierra o cabellos.

Finalmente, no hay que olvidar que la mayoría de los fármacos que se utilizan en el tratamiento de la esquizofrenia aumentan el hambre y comportan notables incrementos de peso.

6.1.2. Trastornos de la alimentación en las depresiones

Los trastornos de la alimentación, por exceso o por defecto, resultan un fenómeno habitual en la totalidad de los trastornos afectivos, sean cuales sean sus formas clínicas. Tanto es así que en la depresión mayor con melancolía, la pérdida de peso, junto con la persistencia de anorexia, son síntomas que forman parte de los criterios diagnósticos.

En la mayoría de casos se observa una disminución de la ingesta, con repercusión en el peso o sin ella, pero a veces se evidencia una ingesta excesiva. Desde una perspectiva clínica, estos trastornos por exceso son muy infrecuentes en algunas formas atípicas de melancolía y en algunas depresiones menores que cursan con una ansiedad importante.

Un capítulo aparte es el de los trastornos alimentarios que se pueden presentar en las depresiones melancólicas delirantes. Los pacientes que presentan una

ideación delirante de destrucción no comen porque su "mala situación económica" se lo impide, y en los delirios nihilistas tampoco se come porque piensan que "no vale la pena", ya que igualmente morirán. Un caso especial es el del síndrome de Cotard, en el que se mezclan la ideación delirante nihilista y la hipocondría. Los pacientes verbalizan que están vacíos o tienen todos los órganos internos podridos, motivo más que suficiente para no comer.

En cuanto al delirio hipocondríaco, si está centrado en el aparato digestivo también puede comportar una situación de negativa a la ingesta alimentaria, por convencimiento delirante por parte del paciente del hecho de que se morirá o de que sus órganos internos enferman con la alimentación.

En las depresiones menores y reactivas, el trastorno alimentario no es, como en las melancolías, tan intenso, ni aparece al principio de la enfermedad. Su presencia, en general, se relaciona con el nivel de tristeza más alto que presenta el enfermo, y se corresponde a la fase aguda del trastorno.

6.1.3. Trastornos de la alimentación en la manía

En la fase aguda de la manía, los pacientes suelen pasar mucho tiempo sin tener la necesidad de alimentarse o, en cambio, solicitar una gran cantidad de comida, aunque la ingesta sea normal y no utilicen el alimento sobrante. Comen un poco de aquí y un poco de allá, sin acabar ningún plato, como pasa con la mayoría de sus actividades, lo cual comporta una ingesta caótica y desordenada.

En las fases hipomaníacas puede haber una alimentación excesiva, tanto en cantidad como en preferencias alimentarias.

6.1.4. Trastornos de la alimentación en las fobias

La amplia variedad de trastornos fóbicos no se relaciona en general con ningún trastorno de la alimentación, excepto las fobias referidas específicamente a los alimentos o al acto de la deglución.

En el caso de los alimentos, el sujeto, a partir de una experiencia traumática, desarrolla un cuadro fóbico en donde aparecen las conductas de evitación y la ansiedad anticipatoria. Mucho más grave resulta, por las consecuencias inmediatas sobre el enfermo, las fobias al hecho de tragar por miedo a asfixiarse y morir. Sus formas clínicas van desde la incapacidad de deglutir líquidos o sólidos compactos a ambas cosas a la vez. Cuando afecta a líquidos y sólidos, el paciente no acepta ningún tipo de alimentación oral, cosa que en poco tiempo le puede llevar a una situación de riesgo vital. Más comunes son las situaciones de fobia a un alimento concreto, la cual muchas veces no tiene ninguna lógica en relación con el tamaño o la textura del alimento, ya que a menudo se producen casos de incapacidad para deglutir líquidos y no sólidos de cierta consistencia.

6.1.5. Trastornos de la alimentación en la ansiedad

No hay un trastorno alimentario específico asociado al síndrome de ansiedad. Se pueden observar alteraciones por defecto o por exceso.

El trastorno ansioso de presentación aguda suele cursar con una pérdida del hambre de intensidad moderada, mientras que en los de curso cronificado la pérdida, aunque moderada, es sostenida, pudiendo llegar a tener considerables repercusiones en el peso. En otros casos en los que el enfermo ha vinculado ingestas fuera de las horas habituales a un efecto beneficioso sobre su ansiedad, se establecen con el tiempo hábitos alimentarios incorrectos. Este modo de actuar adquiere un funcionamiento autónomo y pierde, si alguna vez la tuvo, su capacidad para calmar la ansiedad, dando paso a un simple mecanismo para satisfacer un hambre anómalo.

6.1.6. Trastornos de la alimentación en el trastorno obsesivo-compulsivo

El trastorno obsesivo-compulsivo no comporta necesariamente trastornos de la alimentación, al margen de que la patología esté centrada en este aspecto. Se puede observar, en ocasiones, una forma de alimentación particularmente lenta y escoger los alimentos con una meticulosidad especial, lo cual a veces se añade

a la duda y a la ansiedad. Por otro lado, las ideas de contaminación y suciedad pueden modificar los hábitos alimentarios de manera importante.

6.2. Anorexia nerviosa

La anorexia se caracteriza por un deseo intenso de pesar cada vez menos, un gran miedo de estar obeso y un peculiar trastorno del esquema corporal que hace que los pacientes se vean más gordos de lo que están realmente. El método para lograr esta progresiva pérdida de peso consiste en una intensa restricción alimentaria, en ejercicio físico y en las conductas de purga.

6.2.1. Clínica de la anorexia nerviosa

Dentro de las manifestaciones principales de este cuadro clínico, podemos distinguir las siguientes: 1) Alteraciones cognitivas; 2) Alteraciones conductuales; 3) Psicopatología asociada; 4) Patrones alimentarios y 5) Subtipos de anorexia. Estudiaremos estos tipos con cierto detalle.

1) Alteraciones cognitivas

Las alteraciones cognitivas más frecuentes en la anorexia son distorsiones cognitivas, trastornos de la imagen corporal y alteraciones interoceptivas.

La anorexia nerviosa se caracteriza por la presencia de pensamientos distorsionados relacionados con la comida, el peso y la figura. Los anoréxicos rechazan la posibilidad de ser o llegar a ser obesos, y establecen el éxito personal y la aceptación social en el hecho de estar delgados. Son adolescentes que centran su interés en la figura y el peso, modificándolo con la dieta. Consideran que su cuerpo es susceptible de ser modificado a voluntad, más allá de parámetros normales. Presentan una excesiva receptividad y sumisión a los mensajes de los medios de comunicación, que preconizan un estereotipo muy concreto y, por otro lado, poco asequible para la mayoría.

Ante un objetivo único de estar más delgado, no establecen unos límites de peso. Su límite ideal siempre está por debajo de lo que consiguen, es una carrera

con un objetivo que cada vez se aleja más. A la vez, sus peculiares pensamientos relativos a la dieta y la figura se asocian a otros más complejos, de variada pero difícil interpretación: estar delgado indica perfección, autocontrol y virtud. La adiposidad indica lo contrario: es estar enfermos, ser imperfectos, pérdida de autocontrol e incluso una transgresión moral.

Sus pensamientos distorsionados atentan contra los conocimientos básicos de la fisiología: creen que los alimentos se convierten en grasa por sus características exteriores de aspecto, y no por su cantidad o valor calórico, y se sienten obligados ya desde la adolescencia a prevenir de manera más radical las complicaciones de una dieta excesiva (hipertensión arterial, hipercolesterolemia, obesidad, etc.).

En la anorexia nerviosa se dan alteraciones a la valoración de la propia figura, evalúan erróneamente las dimensiones de su cuerpo y cuando se produce una gran emaciación no son capaces de objetivar su delgadez extrema. No valoran la gravedad de su estado y durante el tratamiento sobredimensionan las medidas o el peso de su cuerpo, lo cual provoca resistencias a la recuperación.

Estas alteraciones cognitivas están acompañadas por otras conductuales. Lo más plausible sería considerar que primero aparecen las alteraciones del pensamiento y que éstas generan los cambios de la conducta, pero eso no es totalmente cierto. En la mayoría de pacientes se observa que las cogniciones erróneas están vinculadas con su bajo peso y ceden significativamente cuando éste aumenta.

2) Alteraciones conductuales

Las alteraciones conductuales de la anorexia nerviosa comienzan cuando los pacientes inician la dieta restrictiva. La restricción alimentaria progresiva despierta la alarma de la familia. El paciente intenta mantener oculta la conducta de rechazo hacia la comida, diciendo que tiene inapetencia, tirándola o sencillamente negándose a comer.

Si con la dieta restrictiva no basta para lograr el peso deseado, el anoréxico aprende a vomitar y a usar y abusar de laxantes y diuréticos.

Una alteración conductual que se da en la mayoría de estos pacientes es la hiperactividad con la finalidad de reducir el peso. Los anoréxicos dejan de usar los medios de transporte, van al trabajo o a sus estudios a pie, no usan los ascen-

sores y pasan la mayor parte del tiempo sin sentarse, y así leen, ven la televisión, estudian o escuchan música. Van frecuentemente, con dedicación y entusiasmo, a escuelas de danza y gimnasios, y se multiplican en diferentes tareas, tanto en casa como fuera.

3) Psicopatologia asociada

La ansiedad aparece desde el inicio de la patología anoréxica, provocada en gran manera por la relación que establece el paciente con su enfermedad. El miedo a engordar, la valoración crítica de su cuerpo y la pérdida de la autoestima generan ansiedad. Cuando la enfermedad está establecida, la presión de la familia, el aislamiento y los temores referidos a las complicaciones físicas o las intervenciones médicas o psicológicas la aumentan aún más.

Esta ansiedad generalizada puede focalizarse en diferentes temas. El principal desde un punto de vista estrictamente psicopatológico es el miedo, a veces poco racional, de engordar. Ese miedo se manifiesta como una auténtica fobia. Más adelante se añaden el miedo de comer, deglutir y de ciertos alimentos. También se observan fobias relativas al cuerpo: aversión a los muslos, a las nalgas, o bien a mirarse a los espejos, y temores a situaciones o personas vinculadas con su patología: la cocina, el comedor, los padres, etc. Finalmente, algunos pensamientos o palabras como "kilos", "engordar", "grasa", "comida", etc. también provocan ansiedad.

En la anorexia nerviosa se observan también trastornos en la esfera afectiva. La depresión suele manifestarse asociada a la anorexia; la tristeza, el aislamiento, el llanto, el anedonismo, los sentimientos de minusvaloración, el insomnio, sentimientos de culpa y desesperanza constituyen un conjunto de síntomas que estos pacientes suelen presentar. Estos síntomas suelen ser secundarios, tanto que están en la pérdida ponderal o en la situación de estrés permanente en la que viven los pacientes. La lucha consigo mismos y con el ambiente para mantener unas conductas restrictivas, que pueden criticar en los momentos de más racionalidad, comportan sentimientos de fracaso, inutilidad y minusvaloración.

> "Ya no puedo más. Me he convertido en un detritus humano, una carga insoportable para mí misma y para mis padres y amigos. Me cerraré en mi cuarto y esperaré que llegue el final. Tantos años arrastrando este sufrimiento que nadie comprende, como una especie de mochila llena de piedras sobre mi espalda. Ya no sirvo para nada, he

hecho de mi cuerpo un despojo sin valor, sólo me queda llegar al final lo más rápido posible, aunque me falta el valor para acabar conmigo misma. Así dejaré de sufrir y de hacer sufrir a los demás. No vale la pena intentar nada, tantos días, meses, años de intentar encontrar una salida, una luz, y al final sólo hay oscuridad y negrura en mi alma y este cuerpo que nadie puede mirar sin sentir horror (...)".

(Extracto del diario de una joven anoréxica con depresión mayor.)

Si analizamos las características del pensamiento y de la conducta de los pacientes anoréxicos, podemos observar de qué estrecho modo se relacionan con los trastornos obsesivos. Los pensamientos relativos a su cuerpo, al peso o a la comida son reiterativos, ocupan la mayor parte del tiempo y tienen características intrusivas, se viven con ansiedad y muchas veces el paciente los valora como absurdos o extraños. Asimismo, pueden presentar dudas y ser indecisos. Estos pensamientos de características obsesivoides que el paciente no controla pueden condicionar la aparición de rituales que reducen la ansiedad. Estos rituales, generalmente observados y descritos por la familia, son actos iterativos y conductas estereotipadas relacionadas con la pulcritud, el orden y las maniobras con los alimentos, la báscula y la ropa. El paciente se puede sentir mejor si todo se hace en un determinado orden. El proceso de alimentación puede estar precedido o seguido de maniobras ritualizadas que tranquilizan al paciente, y los objetos culinarios siempre están colocados de una manera precisa. También hay otras conductas más complejas que implican una lucha interna y también en qué medida el grado de libertad del paciente para resistirse está limitado: muchos pacientes, de forma compulsiva, no se pueden resistir al deseo de hacer ejercicio después de comer, y otros verifican repetidamente el peso o el contenido calórico de los alimentos.

4) Patrones alimentarios

Las alteraciones conductuales de la anorexia nerviosa comienzan cuando los pacientes inician su dieta restrictiva. Muchas veces es difícil para los familiares delimitar el punto exacto en que el paciente pasaba de una dieta moderadamente baja en calorías a otra francamente hipocalórica.

La progresiva restricción alimentaria despierta la alarma de la familia, y el paciente intenta mantener oculta la conducta de rechazo a la comida, utilizando diversos subterfugios como decir que no tiene hambre o que ya ha comido. En

realidad come solo, poco y mal, tira la comida, la esconde o sencillamente se enfrenta a la familia manteniendo tozudamente su escasa dieta.

También se altera su modo de comer. Los anoréxicos, generalmente ordenados, pulcros y educados, parecen olvidar las normas sociales relativas al comer. Se puede observar cómo utilizan las manos, comen lentamente, sacan la comida de la boca para dejarla en el plato, la escupen, hacen trocitos y acaban destrozando los alimentos.

Es paradójico que este rechazo del anoréxico a la comida esté acompañado muchas veces por el deseo de que el resto de la familia se alimente bien: algunos cocinan de forma excelente para otros. Se pueden convertir en expertos en cuestiones dietéticas y coleccionar de forma casi obsesiva todo tipo de menús y dietas.

A veces, con la dieta restrictiva no basta para lograr el peso deseado. Entonces, el anoréxico descubre otras armas para lograr su objetivo, y al hecho de comer poco y mal se suman los vómitos, los laxantes o diuréticos y el ejercicio exagerado. Después de comer, vomita a escondidas y si no lo puede hacer en el lavabo, guarda los vómitos en cualquier lugar, esperando la ocasión propicia para tirarlos.

A causa de que la restricción de la alimentación provoca estreñimiento, el anoréxico usa habitualmente laxantes. La exagerada sensibilidad para detectar sensaciones internas que presentan, como ya hemos comentado, hace que no toleren sentirse o pensar que tienen el aparato digestivo ocupado. El uso y abuso de los laxantes cumple, así, dos objetivos: por un lado combate el estreñimiento y por el otro, vaciar lo antes posible el aparato digestivo para pesar cada vez menos y sentirse más ligeros.

Otra conducta peligrosa de los anoréxicos es la utilización de diuréticos. Tanto si es por las alteraciones de la dieta, por la hipoproteinemia o por los problemas circulatorios, algunos anoréxicos pueden presentar edemas, que combaten con diuréticos. La mala utilización de estos fármacos provoca graves trastornos electrolíticos.

Otra alteración conductual que aparece en la mayoría de estos pacientes al pretender reducir el peso a base de ejercicio es la hiperactividad, con la realización de una gran cantidad de actividades que implican esfuerzo físico. Al principio, estas actividades son practicadas de manera manifiesta, pero cuando la familia se alarma las tratan de ocultar. La hiperactividad es uno de los obstáculos más grandes una vez iniciado el tratamiento. Los pacientes se resisten a dejar de hacer ejercicio, especialmente cuando se ven asaltados por los pensamientos referidos a su aumento de peso.

5) Subtipos de anorexia

Teniendo en cuenta lo que hemos mencionado hasta ahora, el DSM-IV distingue entre dos subtipos de anorexia:

a) *Anorexia restrictiva*. Se basa en comer poco y hacer ejercicio, y muy raramente se atiborran o usan purgas.

b) *Anorexia con atracones y/o uso de purgas*. Comer poco (hecho que siempre predomina en la anorexia) se acompaña a menudo (al menos una vez a la semana) con grandes atracones y/o provocación de vómitos, uso de purgantes, laxantes, enemas, diuréticos, etc.

Si comparamos estos dos subtipos, resulta que el subtipo B tiene más problemas en el control de los impulsos que el A. Por eso, más problemas de abuso de alcohol u otras drogas, mayor labilidad emocional y mayor actividad sexual.

A modo de resumen presentamos en la tabla 2.15 los criterios diagnósticos actuales para la anorexia nerviosa:

Tabla 2.15. Criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa del DSM-IV y la CIE-10.

Criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa. (DSM-IV)
A. Rechazo a mantener el peso igual o por encima del valor mínimo normal considerando la altura y la edad. Por ejemplo, la pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% de lo que corresponde. O fracaso para conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, hecho que resulta un peso corporal inferior al 85% del peso.
B. Miedo intenso de ganar peso o de convertirse en obeso, incluso cuando está por debajo del peso normal.
C. Alteración en la percepción del peso o de la silueta corporales, exageración de su importancia en la evaluación o la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea. Por ejemplo, la ausencia de un mínimo de tres ciclos menstruales consecutivos (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen sólo con tratamientos hormonales).
Especificar tipología
Tipo restrictivo. Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a grandes ingestas o purgas (vómitos, laxantes, diuréticos o enemas).
Tipo purgativo. Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a grandes ingestas y las purgas (vómitos, laxantes, diuréticos o enemas).
Criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa (CIE-10)
El diagnóstico de la anorexia se ha de hacer de manera que estén presentes todas las alteraciones siguientes:
A. Pérdida significativa de peso (índices de masa corporal o de Quetelet de menos de 17.5). Los enfermos prepuberes no pueden experimentar la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento.

Criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa (CIE-10)
B. La pérdida de peso está originada por el mismo enfermo, que evita el consumo de alimentos que crea que engordan y por uno o más de los siguientes síntomas: a) vómitos autoprovocados, b) purgas intestinales, c) ejercicio excesivo, d) consumo de fármacos anorexígenes o diuréticos.
C. Distorsión de la imagen corporal, que se caracteriza por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de miedo ante la obesidad o flacidez de las formas corporales, de manera que el enfermo se impone asimismo el hecho de mantenerse por debajo de un límite de peso corporal.
D. Trastorno endocrino generalizado, que afecta al eje hipotalamohipofítico-gonadal, y que se manifiesta como amenorrea, no se considera menstruación si se utilizan hormonas sustitutivas, y en el hombre como una pérdida del interés y la potencia sexuales. También se pueden presentar concentraciones elevadas de hormonas de crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidal y anomalías en la secreción de insulina.
E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de sus manifestaciones de la pubertad e incluso se detiene (se detiene el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las glándulas mamarias; en los hombres persisten los genitales infantiles).

6.2.2. Curso y pronóstico de la anorexia nerviosa

La edad del inicio suele ser el final de la infancia, durante la adolescencia y a inicios de la juventud. En el estudio de Turó (1997) se constataba que el 46% de los pacientes habían iniciado la anorexia entre los doce y los quince años.

El 52% entre los quince y los veinticinco y sólo 2% pasados los 25 años. Después de esta edad, la incidencia es muy baja. Una observación reciente consiste en que la edad de aparición cada vez es más precoz.

La anorexia es un trastorno muy serio. Transcurridos cinco años desde el diagnóstico, un 25% de los pacientes sigue con la anorexia a cuestas, un 40% arrastra síntomas depresivos y un 25% obsesivos. La mortalidad llega a un 8-10% de los casos, pero en seguimientos prolongados, esta tasa se eleva al 18%. Estos casos han hecho hablar a algunos autores de "deseo de morir", que no es tanto el resultado de la desnutrición global, que se puede controlar médicamente, sino de un debilitamiento general después de unas cuantas tentativas terapéuticas.

6.2.3. Epidemiología de la anorexia nerviosa

Ya se ha comentado que es un trastorno más propio de mujeres que de hombres, en una proporción de 10 a 1. Se puede dar en hombres, y suelen ser casos muy graves.

Se considera un trastorno típico de la sociedad industrializada.[33]

Se observa más en clases sociales altas o medias, aunque hoy día ya se puede ver en todas las clases sociales (Garfinkel; Garner, 1982). Se calcula que el 80% son de clase social media y alta. Se ve mucho en las profesiones de bailarinas, gimnastas, actrices, etc. (Brau i Vilardell, 1987).

También son personas de alto riesgo las que tienen bulimia o con obesidad leve (1/3 de la anorexia se da en muchachas con un ligero exceso de peso).

Es un trastorno no demasiado frecuente, 0,2 -0,8% de la población general (1 ó 2% de los adolescentes), pero que está en apogeo. En España se calcula que hay unas 15.000 personas afectadas.

6.2.4. Diagnóstico diferencial de la anorexia nerviosa

Antes de establecer el diagnóstico de anorexia, hemos de ser prudentes y considerar otras posibles causas de pérdida de peso, sobre todo si en el paciente que observamos hay características atípicas (inicio de la enfermedad después de los cuarenta años, inicio agudo, alteraciones somáticas, etc.). En las enfermedades médicas (por ejemplo, enfermedad digestiva, tumores cerebrales, neoplasias ocultas y síndrome de inmunodeficiencia adquirida) se puede producir una pérdida de peso importante, pero las personas con estos trastornos no tienen una imagen distorsionada de su cuerpo ni un deseo de adelgazar más. En el trastorno depresivo mayor puede haber una pérdida de peso importante, pero la mayor parte de los individuos con este trastorno no tienen deseo de adelgazar ni miedo de ganar peso. En la esquizofrenia se observan patrones de alimentación bastante raros: los enfermos adelgazan a veces significativamente, pero pocas veces tienen miedo de ganar peso ni presentan alteración de la imagen corporal (necesarias para establecer el diagnóstico de anorexia nerviosa). Algunas características de la anorexia nerviosa forman parte de los criterios para la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno dismórfico. Los enfermos se sienten humillados y molestos cuando comen en público (al igual que la fobia social). Pueden presentar obsesiones y compulsiones en relación con los ali-

33. Para un estudio detallado de su presencia en otras culturas, podéis ver el excelente texto: J. Toro (1996). *El cos com a delicte*. Barcelona: Ariel.

mentos (de igual modo que en el trastorno obsesivo-compulsivo) o pueden estar muy preocupados por un defecto corporal imaginario (como en el trastorno dismórfico). Cuando el sujeto con anorexia nerviosa tiene miedos sociales limitados en la conducta alimentaria no hay que establecer el diagnóstico de fobia social, pero si hay fobias no relacionadas con la conducta alimentaria (por ejemplo, miedo excesivo de mostrarse en público) es necesario hacer el diagnóstico adicional de fobia social. De modo similar, hay que hacer el diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo si el enfermo presenta obsesiones y compulsiones no relacionadas con la limpieza (por ejemplo, miedo excesivo de la suciedad), y el de trastorno dismórfico sólo si la alteración no está relacionada con la silueta y las medidas corporales (por ejemplo, preocupación por tener una boca muy grande). Se puede dar cierta confusión en la diferenciación entre anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Encontraréis pistas para este diagnóstico diferencial en la sección correspondiente a la bulimia nerviosa, pero en general señalaremos que las personas con bulimia nerviosa son capaces de mantener el peso igual o por encima de un nivel normal mínimo.

6.3. Bulimia nerviosa

El síndrome bulímico es un trastorno caracterizado por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz seguidos de maniobras para eliminar las calorías ingeridas. Tras el episodio, el sujeto se siente malhumorado, con tristeza y sentimientos de autocompasión y desprecio. Entre los episodios bulímicos, la alimentación puede no ser normal, y estar restringida o en un perpetuo ciclo de grandes ingestas y vómitos.

6.3.1. Clínica de la bulimia nerviosa

De la misma manera que en el caso de la anorexia, estudiaremos este cuadro clínico en diferentes subapartados; a saber: 1) Alteraciones conductuales; 2) Conductas de purga; 3) Alteraciones cognitivas; y 4) Psicopatología asociada.

1) Clínica de la bulimia nerviosa: alteraciones conductuales

El paciente bulímico presenta, en general, una conducta desordenada, en principio sólo en relación con la alimentación, y más adelante también en otros aspectos de su vida. El patrón de conducta relativo a la alimentación es desordenado e imprevisible, a diferencia de lo que sucede en la anorexia, donde el patrón de conducta alimentaria es ordenado y previsible.

El paciente se atiborra con una frecuencia variable, en función de su estado de ánimo y disponibilidad, y los alimentos ingeridos durante la crisis bulímica no obedecen a preferencias específicas; más bien a condiciones circunstanciales. Las conductas de la purga no son regulares y el miedo a ganar peso se supedita al estado de ánimo u otras circunstancias.

Ejemplo

Cada vez que tiene una dificultad laboral, por leve que sea, Lola se pone muy nerviosa y la única manera que tiene de tranquilizarse es comiendo algo. Sale a la calle y la visión de la primera pastelería le suscita una especie de conducta semiautomática que consiste en comer hasta que no puede más. Puede ingerir, de una vez, media docena de croissants con dos tabletas enteras de chocolate. Después se siente fatal, culpable, avergonzada, ignorante y carente de recursos. Sabe perfectamente que eso sucede cuando algo va mal en el trabajo e intenta afrontar el estrés laboral con otros recursos, por ejemplo, intentando no discutir con el jefe o llamando a alguna amiga para contarle lo que ha pasado y descargar de ese modo la tensión. Pero nada da resultado y acaba comiendo. Claro que también se atiborra en otros momentos: cuando está aburrida el fin de semana, cuando tiene exámenes, cuando habla por teléfono con su madre y acaba poniéndose nerviosa, etc. Como no se provoca ninguna conducta de purga, ha adquirido un considerable exceso de peso. Como tiene exceso de peso sale poco, y como sale poco apenas tiene relaciones sociales, y mucho menos relaciones con chicos. Lola ya ha trabajado con varios psiquiatras y psicólogos, con resultados poco esperanzadores hasta el momento.

2) Clínica de la bulimia nerviosa: conductas de purga

Después de las grandes ingestas, los enfermos bulímicos son muy conscientes de que esa comida les hará ganar peso. Esa posibilidad es inaceptable y les provoca ansiedad y miedo, que resuelven rápidamente eliminando lo que han comido mediante el vómito, el abuso de laxantes, los diuréticos o el ejercicio excesivo.

La conducta más frecuente es la de vómito, y menos el uso de diuréticos. Se suelen asociar los vómitos con el uso de laxantes y/o el ejercicio físico.

Respecto a las conductas de purga, el DSM-IV establece dos subtipos de bulimia:

a) *Tipo purgativo*. Durante el episodio de bulimia nerviosa el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

b) *Tipo no purgativo*. Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inadecuadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

3) Clínica de la bulimia nerviosa: alteraciones cognitivas

El paciente bulímico, del mismo modo que el anoréxico, presenta pensamientos erróneos en relación con la comida, el peso y la figura. El rechazo a la posibilidad de ser obeso es una actitud común a ambas patologías.

Algunos pacientes proceden de la anorexia nerviosa, ya que el trastorno, cuando se cronifica, evoluciona hacia la bulimia. Entonces pasan de un control estricto de la dieta a un control intermitente, y aparecen los atracones y las conductas de purga. Los atracones, en principio, pueden recibir el beneplácito de la familia, que por fin los ve comiendo. Más adelante se confirma, desgraciadamente, que los nuevos síntomas son tan alarmantes como los de la anorexia nerviosa o más.

Se puede decir que en la anorexia las conductas son consecuentes con las condiciones: "no quiero engordar, luego no como", mientras que en la bulimia eso no pasa: "no quiero engordar, pero me atiborro". Eso favorece la aparición de sentimientos de fracaso y de impotencia que marcarán de manera indeleble el carácter y la personalidad de estos enfermos. Así, los enfermos bulímicos, de la misma manera que los anoréxicos, tienen conocimientos erróneos en relación con la dietética y reelaboran esos conocimientos según sus miedos y deseos, pero lo que es más dramático es que mientras el anoréxico es consecuente con estos errores dietéticos, el bulímico no lo es, e ingiere en abundancia los alimentos que más teme y rechaza.

4) Clínica de la bulimia nerviosa: psicopatología asociada

Los estudios psicopatológicos en pacientes bulímicos, los marcadores biológicos y los estudios familiares ponen de manifiesto la relación entre los trastornos afectivos y la bulimia nerviosa. Está abierta la discusión sobre si esta

depresión es primaria, o relacionada directamente con la bulimia o, incluso, si la bulimia es la manifestación de un trastorno afectivo subyacente o si sólo se trata de una depresión secundaria en un trastorno de la alimentación y sus consecuencias sintomáticas.

En cuanto a la ansiedad, podríamos considerar que la conducta bulímica cursa en forma de crisis. Estos episodios agudos de atracones y vómitos siempre van acompañados de un estado emocional de tipo ansioso. De hecho, frecuentemente los pacientes piensan que la ansiedad los lleva a atiborrarse.

La comorbilidad de la bulimia nerviosa es muy alta: se calcula que el 71% de los pacientes presentan depresión, el 35% crisis de ansiedad, el 21% abuso de sustancias, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno obsesivo-compulsivo, y el 14% fobia social, distimia o ciclotimia.

A continuación, y a modo de resumen de lo que hemos comentado hasta aquí, presentamos en la tabla 2.16 los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa:

Tabla 2.16. Criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa del DSM-IV y la CIE-10.

DSM-IV	ICD-10
1. Presencia de atracones. Un atracón se caracteriza por: • Ingesta de alimento en un breve espacio de tiempo (por ejemplo, en un periodo de dos horas) en cantidad superior a aquella que la mayoría de personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias. • Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se ingiere).	1. Preocupación continua por la comida, con irresistibles deseos de comer, de modo que el enfermo acaba por sucumbir a ellos, lo cual hace que se presenten episodios de polifagia, durante los cuales consume grandes cantidades de comida en breves periodos de tiempo.
2. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, a fin de no ganar peso, como provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.	2. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, periodos a intervalos de ayuno y consumo de fármacos como supresores del hambre, extractos tiroides o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.

DSM-IV	ICD-10
3. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como media, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.	3. La Psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de manera estricta un límite de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad o al de su peso óptimo o sano. Frecuentemente, pero no siempre, hay antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz se puede manifestar de una manera florida o, en cambio, adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.
4. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.	
5. La alteración no aparece sólo en el transcurso de la anorexia nerviosa.	
Especificar tipo:	
• Tipo purgativo. Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o utiliza laxantes, diuréticos o enemas en exceso.	
• Tipo no purgativo. Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inadecuadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.	

6.3.2. Curso y pronóstico de la bulimia nerviosa

Suele ser un trastorno de tipo crónico que se prolonga durante años, y donde se pueden experimentar épocas en las que se come normalmente, sin atiborrarse, y épocas de atracones. Las recaídas son muy frecuentes, produciéndose en la mayoría de casos.

No obstante, si la comparamos con la anorexia, podríamos decir que la bulimia tiene mejor pronóstico porque casi no hay mortalidad. Russell (1985) señala que los casos de bulimia precedidos de anorexia tienen peor pronóstico.

Las personas con bulimia episódica, vómitos, ejercicio físico y otros no suelen ser obesas, pero si hay un patrón de bulimia muy continuado, entendiendo la bulimia no como una necesidad compulsiva –episódica– de comer, sino como una necesidad constante de comer siempre, entonces nos encontramos ante el obeso.

6.3.3. Epidemiología de la bulimia nerviosa

Es un trastorno más propio de las mujeres entre 15 y 30 años de edad, y está más diagnosticado en mujeres que en hombres, en una proporción de 9 a 1.

Se trata de un trastorno también en alza. Se calcula que hay entre un 2 y un 3% de mujeres, adolescentes o jóvenes bulímicas (Brau, 1996). Se considera propio de nuestra cultura, si bien puede verse en otras.

La distribución social es más amplia que la de la anorexia, y no es raro observar en la consulta una procedencia de clases sociales bajas o medias-bajas.

6.3.4. Diagnóstico diferencial de la bulimia nerviosa

Cuando los atracones aparecen exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa, el diagnóstico adecuado es el de anorexia nerviosa, tipo compulsivo/purgativo.

En algunas enfermedades neurológicas y médicas (como el síndrome de Kleine-Levin), se ha observado una conducta alimentaria alterada, pero no una preocupación excesiva por el peso y la silueta corporales (rasgo psicológico característico de la bulimia nerviosa).

El comer en exceso es frecuente en el trastorno depresivo mayor, con síntomas atípicos, pero estos sujetos no recurren a medidas compensatorias ni muestran preocupación excesiva por el peso y la silueta corporales. Tampoco diagnosticaremos bulimia nerviosa si los atracones se dan en el seno de un tras-

torno límite de la personalidad, pero si se cumplen los criterios para ambos trastornos, se establecerán los dos diagnósticos.

Sin duda, el diagnóstico diferencial más complejo es el que hay que establecer con la anorexia nerviosa. La tabla 2.17 nos puede orientar en esta tarea.

Tabla 2.17. Diagnóstico diferencial entre anorexia y bulimia

Anorexia	Bulimia
• Inicio precoz	• Inicio más tardío
• Dieta restrictiva	• Dieta variable
• Bajo peso	• Peso con pocas variaciones
• Baja impulsividad	• Impulsividad
• Pocos antecedentes de obesidad previa	• Más antecedentes de obesidad previa
• Control de peso estable: restricción alimentaria	• Control de peso inestable: restricción, vómitos, laxantes y diuréticos
• Hiperactividad	• Hipoactividad
• Amenorrea	• Amenorrea: 50%
• Dieta restrictiva	• Dieta restrictiva y grandes ingestas
• Pocas conductas autolíticas directas	• Más frecuentes las conductas autolíticas
• Poca Psicopatología asociada	• Más Psicopatología asociada
• Conductas bulímicas: menos del 50%	• Conductas bulímicas: en el 100%
• Complicaciones médicas crónicas	• Complicaciones médicas agudas

6.4. Obesidad

La obesidad es un tema de máxima actualidad, de interés para las ciencias de la salud y la población en general. Aunque no se trate de una situación que se encuadre dentro de la Psicopatología, en tanto que no hay ningún cuadro clínico descrito que tenga la obesidad como síntoma patognómico, su estudio resulta fundamental para el profesional de la psicología clínica.

La obesidad está definida como la excesiva acumulación de grasa. Se considera obeso quien tiene más de un 20% de exceso de peso según su talla en función de unas tablas dadas (Williamson, 1990).[34]

34. Si tiene interés en el tema, puede consultar este texto: C. Saldaña y R. Rossell (1988). *Obesitat*. Barcelona: Martínez Roca. En esta obra, encontrará capítulos dedicados a los aspectos biológicos y psicolóticos de la obesidad, y también a las diferentes formas de tratamiento de este problema.

6.4.1. Clínica de la obesidad

Como se deduce de lo que acabamos de señalar, hay que decir que la obesidad no está clasificada en el DSM-IV como un trastorno psicopatológico, ya que se trata de una condición orgánica multideterminada. No obstante, y de acuerdo con Sánchez-Planell (1993), la relación entre Psicopatología y obesidad se establece a tres niveles:

1) Ciertas obesidades muestran un claro factor psicógeno en su etiología.

2) Un porcentaje alto de pacientes obesos desarrolla, con el tiempo, alteraciones psicopatológicas más o menos graves.

3) Un porcentaje importante de pacientes presenta reacciones distímicas en el transcurso de los tratamientos a los que se someten para perder peso.

Ampliaremos un poco más estas cuestiones:

1) Bruch (1973) fue la más ardua defensora del papel de los factores psicológicos en la etiología de la obesidad. Las obesidades en las que el factor psicológico parece más claro suelen ser las de tipo leve (20-40% de exceso de peso), si bien se pueden alcanzar niveles de más gravedad. En estos casos, la ansiedad tiene un papel central, y el paciente trata de combatirla mediante la ingesta exagerada, a veces al más puro estilo bulímico, pero en ausencia de las maniobras "correctoras" que suelen hacer las personas afectadas de bulimia. Hay que destacar la presencia de sintomatología bulímica en un elevado porcentaje de obesos, sintomatología basada en la presencia de episodios repetitivos de ingesta voraz. La sintomatología bulímica presente en estos pacientes no siempre está acompañada de maniobras correctoras de la sobreingesta (característica que la diferenciaría de la bulimia nerviosa tal como se define en el DSM-IV). Parece que hay acuerdo en considerar que dentro de la obesidad existe un subtipo formado por los pacientes obesos que presentan sintomatología bulímica. Esta conceptualización tipológica establece características propias e inherentes a este subgrupo (el cual supondría el 34% de los pacientes obesos), entre los cuales podríamos destacar patrones alimentarios caóticos, niveles de ansiedad más elevados y estilos de afrontamiento ineficaces (se entiende por "afrontamiento" los esfuerzos comunicativos y comportamentales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que

son evaluadas como excesivas o desbordantes de los recursos del individuo). Por otro lado, se observa un incremento de la presencia de diagnósticos del eje I y II del DSM en este subgrupo, concretamente, una mayor prevalencia de los trastornos del estado de ánimo, trastornos de angustia, bulimia nerviosa, trastorno límite de la personalidad y trastorno de la personalidad por evitación, además de una peor respuesta al tratamiento. Así, hay una amplio consenso en considerar que los pacientes obesos con comorbilidad con la bulimia tienen peor pronóstico que el resto de pacientes obesos. Por ello es necesaria una evaluación exhaustiva previa al tratamiento de la obesidad, junto con un tratamiento personalizado para los diversos subgrupos observables en esta patología.

2) Los pacientes obesos con un nivel de exceso de peso importante (100% de exceso de peso) presentan alteraciones psicopatológicas evidentes. De nuevo, volvemos a encontrarnos con el problema de qué es primero, la Psicopatología (hipótesis de Bruch) o la obesidad –entonces, la Psicopatología sería reactiva a la anterior. Sea cual sea la respuesta, lo cierto es que entre los obesos hay bajos niveles de autoestima, falta de asertividad, depresión y preocupaciones de tipo obsesivo. Por otro lado, los obesos que presentan una mayor Psicopatología son los que muestran un estilo alimentario más caótico, al estilo bulímico (Wilson y Walsh, 1991).

3) Cualquier especialista experimentado conoce las reacciones psicológicas que gran cantidad de obesos experimenta cuando intenta reducir su peso: ansiedad, distimia, insomnio, irritabilidad, etc. Un asesoramiento adecuado y una cuidadosa evaluación y preparación psicológica –muchas veces ausente, incluso cuando intervienen psicólogos en el tratamiento de la obesidad– serían imprescindibles para disminuir el riesgo de estas reacciones psicológicas que comprometen seriamente el éxito de la tenacidad del paciente. Hay que tener en cuenta que los repetidos fracasos en la reducción del peso (cosa sumamente habitual) aumentan la sensación de incontrolabilidad del paciente y lo sumergen en una continua sensación de fracaso y desesperanza.

6.4.2. Curso y pronóstico de la obesidad

La obesidad es un trastorno importante. Aquellas personas que padecen un 30% de exceso de peso o más se ven expuestas a un riesgo importante de sufrir trastornos orgánicos diversos: diabetes, hipertensión, trastornos coronarios, etc.

Resulta obvio mencionar las complicaciones desde el punto de vista personal, familiar, social y otras que el obeso arrastra por el hecho de serlo.

Respecto al pronóstico, se puede considerar un trastorno de muy difícil solución, que tiende muchas veces a la cronificación. Si la obesidad, por ejemplo, se da en edades infantiles, la probabilidad de ser un adulto obeso es muy elevada.

6.4.3. Epidemiología de la obesidad

Se ha observado que los factores socioecoonómicos tienen una gran influencia en la prevalencia de la obesidad. Se piensa que, en España, cerca del 29% de los niños con niveles socioeconómicos más bajos presentan obesidad, mientras que entre los colegiales con un estatus socioeconómico más elevado sólo lo presentan el 10,6%. Finalmente, el 15,7% de los hijos de padres universitarios presentan obesidad, ante el 29% de los hijos de padres sin formación universitaria. Estos estudios y otros avalan la teoría de que cuanto más alto sea el nivel socioeconómico y/o educativo, menos obesidad hay. Parece que unos hábitos alimenticios adecuados y un estilo de vida sano están asociados a la prevención de la obesidad.

En general, tanto para los hombres como para las mujeres, el aumento de exceso de peso se presenta a principios de los veinte y los treinta años. En cuanto a la obesidad moderada, el intervalo de edad donde hay más prevalencia (31%) en los hombres es entre los 45 y los 54 años, y decrece a medida que aumenta la edad. En las mujeres, el porcentaje más elevado (38,5%) se sitúa entre los 65 y los 74 años. Esta relación entre exceso de peso, sexo y edad se mantiene en la obesidad severa.

En cuanto a la prevalencia de la obesidad en nuestro país, entre un 4,8% y un 27,9% de niños entre 6 y 14 años tienen exceso de peso. Otros estudios detectan una prevalencia de la obesidad de 20-30%, fundamentalmente entre mujeres mayores de 35 años. El estudio del Consejo Superior de la Hipertensión Arterial de la Generalitat de Catalunya señala una prevalencia en Cataluña del 38,99%. A partir de una muestra de 842 niños en edad escolar de la ciudad de Castellón de la Plana, con edades comprendidas entre los seis y los catorce años y utilizando los índices de peso, altura, grosor del pliegue subcutáneo y masa corporal, se halló una prevalencia del 27,9%.

Los trastornos de la alimentación son muy frecuentes en nuestra sociedad. Muchos profesionales tienen tendencia a vincularlos claramente con la presión social para tener un cuerpo perfecto. En este sentido, apuntan a la publicidad, el mundo de la moda y los patrones de cuadro de tallas para explicar por qué tantas mujeres, y cada día más hombres, padecen estas alteraciones. Los países donde no existe esta presión registran índices de anorexia y bulimia mucho menores. No obstante, podemos reflexionar si todo es producto de esta situación o no. Todas las personas que viven en la sociedad occidental están expuestas en la misma medida a esta presión por "un cuerpo diez", pero no toda la población responde de la misma manera. Por tanto, además de los factores mencionados, también juegan otros. Es obligación del clínico encontrarlos en cada caso y ofrecer una respuesta terapéutica adecuada y altamente individualizada. Por otro lado, puede caer en un simplismo profesional que pierda de vista que el hecho de que una persona no coma adecuadamente implica una gravísima alteración del instinto de autoconservación. Es decir, eso nos muestra que una grave perturbación altera sus mecanismos vitales más básicos y elementales. Por eso, ante los trastornos de la alimentación hemos de ser prudentes y respetuosos, y hemos de alejar de nuestra manera de proceder profesionalmente las explicaciones en exceso superficiales. A ningún clínico que merezca tal nombre se le ocurriría, por ejemplo, dar el alta a una persona anoréxica tan sólo por una recuperación del peso estándard.

7. Los trastornos de sexualidad

7.1. Introducción a los trastornos de la sexualidad

Los trastornos de la sexualidad forman un conjunto muy amplio y bien definido dentro de la Psicopatología. Su estudio es primordial en la medida en que muchos pacientes van a la consulta por estas dificultades. A su vez, se presentan en un porcentaje importante de pacientes con otras dificultades psico-

patológicas en las que la sexualidad se ve afectada de manera más o menos rotunda.

Hay que tener en cuenta que la sexualidad humana es un área de nuestra existencia muy compleja y frágil. Une componentes de orden biológico, psicológico y social en continua interacción. Fuente de comunicación, relación y satisfacción profunda en circunstancias favorables, suele ser causa de problemas, frustraciones, desengaños y relaciones tempestuosas si se tuerce su progresión natural, hecho que suele suceder con notable frecuencia, de acuerdo con el elevado número de consultas que los profesionales de la salud atienden por este motivo.

A lo largo de este capítulo revisaremos estas alteraciones y las examinaremos como problemas clínicos en sí mismas. Ciertamente, en algunos casos merecen esta consideración. Pero no es superfluo recordar que muy a menudo, quizá más a menudo de lo que muchos clínicos perciben, las alteraciones de la sexualidad actúan a modo de indicadores o señales de alarma que muestran el camino hacia diversas formas de sufrimiento psíquico del sujeto en cuestión. Con estas palabras queremos advertir al lector acerca de la excesiva magnificación de las alteraciones sexuales como tales. No creemos que puedan examinarse estas alteraciones aisladas del resto del mundo interno y emocional propio de cada individuo. En muchos casos, la mayoría según nuestra experiencia, no es posible el abordaje de la alteración sexual sin una perspectiva amplia, globalizadora y comprensiva del resto de características vitales y psicológicas del paciente. Las hipótesis causales superficiales (por ejemplo, falta de información, educación rígida, respuesta a algún error esporádico, ansiedad ante la relación sexual, miedo al fracaso, etc.), la evaluación sexual y las terapias estrictamente sexuales son, por tanto, instrumentos que sólo hay que emplear en los casos donde el clínico haya descartado la participación, en la sintomatología que hay que tratar, de otras variables psicológicas de más importancia (depresión, fobias, otros trastornos de ansiedad, histeria, psicosis, trastornos de personalidad, aspectos biográficos traumáticos, dificultades profundas de relación, etc.). Las necesidades de las clasificaciones modernas al uso hacen que se trate este tema desde una perspectiva un poco concreta, operatoria si se quiere, pero con eso no queremos dar a entender que las cuestiones que acabamos de mencionar puedan evitarse.

7.2. Clasificaciones de los trastornos de la sexualidad

La tabla 2.18 muestra las clasificaciones del DSM-IV y la CIE-10 para estos trastornos.

Tabla 2.18. Clasificaciones del DSM-IV y la CIE-10 para los trastornos sexuales

DSM-IV	CIE-10
Trastornos sexuales (disfunciones) Deseo sexual hipoactivo Trastorno por aversión al sexo Trastorno de la excitación sexual en la mujer Trastorno de la excitación sexual en el hombre Trastorno orgásmico femenino Trastorno orgásmico masculino Eyaculación precoz Dispareunia no orgánica Vaginismo no orgánico Trastorno sexual a causa de enfermedad médica Trastorno sexual inducido por sustancias	**Disfunción sexual no orgánica** Ausencia o pérdida del deseo sexual Rechazo sexual Ausencia de placer sexual Fracaso de la respuesta sexual Disfunción orgásmica Eyaculación precoz Vaginismo no orgánico Dispareunia no orgánica Impulso sexual excesivo
Parafilias: Exhibicionismo Fetichismo Frotteurismo Pedofilia Masoquismo sexual Sadismo sexual Fetichismo transvestista Escopofilia	**Trastornos de la inclinación sexual**: Exhibicionismo Fetichismo Paidofilia Sadomasoquismo Transvestismo fetichista Escopofilia (*voyeurismo*) Trastornos múltiples de la inclinación sexual
Trastorno de la identidad sexual: Trastorno de la identidad sexual	**Trastorno de la identidad sexual** Transexualismo Transexualismo no fetichista Trastorno de la identidad sexual en la infancia
	Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales Trastorno de la maduración sexual Orientación sexual egodistónica Trastorno de la relación sexual

7.3. Clínica de las disfunciones sexuales

Habitualmente se han definido las disfunciones sexuales como alteraciones de la relación sexual que se pueden dar en cualquiera de las fases del proceso de respuesta sexual humana. Se trata de una incapacidad para poder participar adecuadamente en una relación sexual deseada.

Hay que recordar que las disfunciones pueden aparecer en una o más de las diferentes etapas de la respuesta sexual. Esas fases fueron descritas por Masters y Johnson (1966) y, con una gran variedad individual, son las siguientes:

1) *Fase de deseo*. Esta fase consiste en fantasías o pensamientos sobre la actividad sexual y el deseo de llevarlas a cabo.

2) *Fase de excitación*. En esta fase se experimenta la sensación subjectiva de placer sexual, y va acompañada de cambios fisiológicos. En el hombre se produce tumescencia pelviana y erección. Los cambios más importantes en la mujer son la vasocongestión generalizada de la pelvis, la lubricación y expansión de la vagina y la tumefacción de los genitales externos.

3) *Fase de orgasmo*. En este punto de la respuesta sexual se llega al punto culminante del placer sexual, con la eliminación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del perineo y de los órganos reproductores. En el hombre se produce una sensación de inevitabilidad eyaculatoria, que va seguida de la emisión del semen. En la mujer se producen contracciones (no siempre experimentadas subjetivamente como tales) de la pared del tercio externo de la vagina.

4) *Fase de resolución*. Esta fase consiste en una sensación de relajación muscular y de bienestar general. Durante esta fase, los hombres son refractarios fisiológicamente a la erección y al orgasmo durante un periodo de tiempo variable. En cambio, las mujeres son capaces de responder a una estimulación posterior casi inmediatamente.

7.3.1. Deseo sexual hipoactivo

La característica esencial del deseo sexual hipoactivo es la práctica ausencia de fantasías sexuales y de deseos de actividad sexual. Estos pacientes suelen definirse a sí mismos como apáticos o con falta de interés por el sexo. El deseo sexual disminuido puede ser global o incluir todas las formas de expresión sexual o bien situacional y limitado a un/a compañero/a o a una actividad sexual concreta (por ejemplo, el coito, pero no la masturbación). Existe poca motivación para buscar las relaciones o actividades sexuales y, en general, por todo lo que tiene que ver con el sexo. No prestan atención a los estímulos eróticos, no perciben el atractivo sexual de otras personas y no se sienten frustrados

en caso de privación sexual. Generalmente, estas personas no inician casi nunca la relación sexual y sólo la llevan a cabo cuando la pareja lo decide o lo pide. Aunque la frecuencia de experiencias sexuales es habitualmente baja, la presión que ejerce la pareja o las necesidades de tipo no sexual (necesidad de intimidad o contacto) pueden incrementar la tasa de relaciones sexuales. En las parejas, la disminución del deseo sexual de uno de los miembros puede comportar o reflejar un aumento excesivo del deseo sexual del otro miembro, y suele ser fuente de conflictos. No es extraño que estos pacientes acudan a la consulta presionados por sus parejas.

Ejemplo

Oriol es un chico de veintiséis años. Acude a la consulta con su novia. Empieza a hablar ella: "Venimos porque yo se lo he pedido durante mucho tiempo, y es que con él es difícil sentirse deseada. Nunca me busca, es buena persona, creo que me quiere y nos llevamos bien, pero hace mucho que estamos juntos y creo que no es normal lo que le pasa. Sólo tenemos relaciones si lo busco yo, y entonces algunas veces va bien y otras me pongo nerviosa porque no le veo ni interés ni pasión ni nada". Oriol aclara: "No es por ella, siempre he sido así, ya se lo he dicho muchas veces. Nunca me ha llamado la atención el sexo, entiendo que no es muy habitual, pero a mí nunca me había preocupado, y es verdad lo que dice, vengo por ella más que por mí".

La disminución del interés por el sexo frecuentemente está asociada a problemas de excitación sexual o a dificultades para alcanzar el orgasmo. La falta de deseo sexual puede ser la disfunción más importante o la consecuencia del malestar emocional producido por las alteraciones de la excitación y el orgasmo. No obstante, hay individuos con deseo sexual reducido que conservan la capacidad de experimentar una excitación y un orgasmo normales en respuesta a la estimulación.

1) Curso y pronóstico del deseo sexual hipoactivo

La edad de inicio para los individuos con deseo sexual hipoactivo de toda la vida es la pubertad, si bien este subtipo no es nada común. Con más frecuencia, el trastorno se presenta en la vida adulta (tras un periodo de interés sexual normal) en relación con cierto malestar psicológico, con acontecimientos estresantes o con problemas interpersonales. La pérdida del deseo sexual puede ser continuada o episódica, según los factores psicológicos o relacionados. En algunos indivi-

duos aparece un patrón fijo de falta de deseo sexual siempre que éste tenga que afrontar los problemas relacionados con la intimidad y los compromisos.

2) Epidemiología del deseo sexual hipoactivo

Los datos disponibles, no muy fiables, indican que este trastorno es mucho más frecuente en mujeres que en hombres. Hay datos que señalan que hasta un 40% de las mujeres que consultan por disfunción sexual muestran este trastorno, y que entre la población general de mujeres podría llegar al 35% e incluso al 50%. Las cifras para hombres, en la población general, apuntan a un 10% (Carrobles y Sanz, 1991). Algunos autores (Kaplan, 1992) sugieren que se trata de la disfunción sexual más frecuente.

7.3.2. Trastorno por aversión al sexo

La característica esencial del trastorno por aversión al sexo es la aversión y evitación activa del contacto sexual con la pareja. El individuo sufre ansiedad, miedo o aversión a la hora de intentar una relación sexual con otra persona. La aversión al contacto genital se centra en algún aspecto particular del sexo, como las secreciones genitales, la penetración vaginal, el beso, etc. Algunos individuos muestran repulsión por todos los estímulos de tipo sexual, incluso los contactos más superficiales o no genitales, aspecto este último que recoge con más propiedad la CIE-10 en el trastorno denominado *rechazo sexual*. La intensidad de la reacción del individuo ante el estímulo aversivo puede ir desde una ansiedad moderada y una ausencia de placer hasta un malestar psicológico extremo. Los sujetos con formas graves de este trastorno pueden sufrir crisis de angustia, con ansiedad extrema, terror, desmayos, náuseas, palpitaciones, mareos y dificultades para respirar. Por ello, este trastorno se cataloga también como fobia al sexo. Las relaciones interpersonales suelen verse gravemente afectadas. Estas personas pueden evitar las situaciones de tipo sexual o los compañeros sexuales mediante diversas estrategias (por ejemplo, ir a dormir temprano, descuidar el aspecto externo o dedicarse excesivamente a actividades familiares, sociales y laborales).

1) Curso y pronóstico del trastorno por aversión al sexo

Este trastorno tiende a la cronicidad, salvo que exista una intervención profesional.

Conceptualizado por algunos autores como fobia al sexo, este trastorno se desarrollará según la intensidad del miedo anticipatorio que experimente el sujeto en cuestión respecto al contacto sexual. Pacientes con un temor moderado o centrado en aspectos más circunscritos a la sexualidad pueden superar estos temores e involucrarse en una relación sexual, más o menos satisfactoria. Paradójicamente, estas experiencias no hacen disminuir la aversión sexual de estos pacientes (Kaplan, 1987). Los más ansiosos pueden llegar a experimentar crisis de ansiedad ante la posibilidad de las relaciones sexuales.

El subtipo de toda la vida es, lógicamente, el que presenta peor pronóstico.

Ejemplo

Ana siempre había sentido verdadera repugnancia por la visión de los genitales masculinos. Siempre se sintió atraída por los hombres, pero evitaba el contacto físico con ellos por miedo de que "la relación fuera a más y me pidieran hacer el amor". Salía con chicos, tuvo un par de novios y podía darles besos, pero nada más. Un día, cuando ya tenía veintiocho años y hacía unas semanas que salía con un chico, decidió que tenía que vencer sus manías –como ella llamaba a esta respuesta de asco– y pensó que quizá si se obligaba a mantener una relación sexual completa podría vencer esa conducta. Pero el resultado de la prueba fue un desastre total. Intentó mantener la relación sin ver ni tocar el pene de su amigo. Sin embargo, poco después de desnudarse experimentó una verdadera crisis de ansiedad: palpitaciones, sudoración, mareos, sacudidas, ahogos, dolor en el pecho y desrealización. Su compañero la ayudó a vestirse y la llevó a un servicio de urgencias.

2) Epidemiología

Apenas hay datos disponibles sobre la epidemiología de este trastorno. La clínica muestra que es un trastorno poco frecuente (no llegaría ni al 5% de las consultas sobre disfunción sexual) y que, en caso de presentarse, suele darse en mayor medida entre las mujeres que entre los hombres.

7.3.3. Impulso sexual excesivo

Sinónimo de ninfomanía o satiriasis, este trastorno, descrito por el CIE-10 y que no tiene correspondencia en el sistema DSM-IV, se define por la queja y el

malestar subjetivo que proviene de un impulso sexual excesivo. Se trata de una verdadera adicción al sexo, un patrón de comportamiento en el que gran parte de la vida del sujeto gira en torno a la búsqueda de relaciones sexuales. Se trata de personas que se sienten incapaces de detener sus propios actos e impulsos sexuales. Muestran intentos, repetidos y cada vez más frecuentes, de establecer relaciones sexuales. Si se les priva de eso, establecen un malestar profundo. Aunque pueden aparecer sentimientos de culpa y remordimiento tras el acto, éstos no tienen intensidad suficiente como para evitar la repetición.

1) Curso y pronóstico del impulso sexual excesivo

Se suele tratar de un patrón de conducta duradero, acompañado de numerosos intentos infructuosos de control.

A menudo los pacientes informan de un incremento de la necesidad de practicar el sexo durante los periodos de estrés, depresión, ansiedad, irritabilidad, etc. Normalmente, este patrón de conducta acaba interfiriendo con la vida familiar, social y laboral del sujeto.

Las parafilias suelen estar presentes en este tipo de sujetos.

A su vez, el trastorno se asocia a los trastornos antisocial y límite de la personalidad.

Algunos estudios informan de una presunta asociación con historia de traumas y abusos sexuales en la infancia.

2) Epidemiología del impulso sexual excesivo

Aunque se trata de un trastorno muy popular en la literatura divulgativa e incluso la científica (tened en cuenta que este trastorno cuenta ya con su propia revista especializada, *Sexual addiction and compulsivity*), lo cierto es que resulta muy poco frecuente en las consultas clínicas. Algunos estudios, no obstante, comienzan a trabajar con muestras amplias de pacientes (Carner, 1983).

7.3.4. Trastorno de la excitación sexual en la mujer

El trastorno de la excitación sexual en la mujer se caracteriza por una incapacidad, persistente o recurrente, de obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación hasta el fin de la actividad sexual. Dicho

de otro modo, no se produce de la manera adecuada la vasocongestión pelviana, la lubricación y dilatación vaginales o la tumefacción de los genitales externos.

Hay datos que indican que el trastorno de la excitación sexual en la mujer se acompaña a menudo de trastornos del deseo sexual y de trastorno orgásmico femenino. La mujer que sufre este trastorno puede tener poca o nula sensación subjetiva de excitación sexual. El trastorno puede provocar dolor durante el coito, evitación sexual y alteraciones de las relaciones sexuales y de pareja. Las mujeres suelen quejarse de experimentar sequedad vaginal y falta de sensaciones subjetivas de excitación y placer.

1) Curso y pronóstico de la excitación sexual en la mujer

Cuando el trastorno está acompañado claramente por trastornos del deseo sexual y por trastorno orgásmico o por dolor durante el coito, el pronóstico es sumamente complicado.

Asimismo, el subtipo de toda la vida presenta un índice de mejora menor que el subtipo adquirido.

2) Epidemiología de la excitación sexual en la mujer

Farré y Lasheras (1998) señalan, aunque no justifican el dato, que hay un 33% de mujeres afectadas por este trastorno.

7.3.5. Trastorno de la erección en el hombre

La característica esencial del trastorno de la erección en el hombre es una incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el fin de la actividad sexual. Los términos *persistente* o *recurrente* cobran en este trastorno especial relevancia, ya que se calcula que el 50% de hombres ha experimentado en alguna ocasión un episodio transitorio de fallo eréctil. Está establecido que, para que se pueda hacer este diagnóstico, el problema debe presentarse al menos en un 25% de los intentos de relación sexual.

Este trastorno recibió, y continúa recibiendo en un ámbito popular, el nombre de *impotencia*.

Hay diferentes patrones de trastorno eréctil. Así, algunos individuos sufren la incapacidad para obtener la erección ya desde el inicio de la relación sexual.

Otros, en cambio, refieren que consiguen una erección normal, pero la pierden cuando intentan la penetración. Algunas personas pueden obtener una erección suficiente para la penetración, pero la pierden antes o durante los movimientos coitales. Otros son capaces de presentar erecciones sólo durante la masturbación o por la mañana, al levantarse.

Las dificultades eréctiles del trastorno de la erección en el hombre se asocian frecuentemente a ansiedad sexual, miedo, fracaso, preocupaciones sobre el funcionamiento y a una disminución de la percepción subjetiva de la excitación sexual y del placer. El trastorno de la erección puede afectar a las relaciones de pareja o sexuales y ser la causa de numerosos problemas asociados a él (matrimonios no consumados, infidelidad, etc.). Este trastorno puede ir asociado a deseo sexual hipoactivo y a eyaculación precoz.

No es extraño que el hombre impotente se presente con una notable pérdida de la autoestima y sentimientos de vergüenza, humillación y frustración. En hombres con personalidades inestables, puede tener graves consecuencias en un ámbito comportamental y de relación de pareja.[35]

1) Curso y pronóstico de la erección en el hombre

Muchas veces, el episodio inicial se debe a situaciones ambientales o estresantes (primera cita, falta de experiencia, prisas, cansancio, etc.). A este primer fracaso le suele suceder una preocupación excesiva o miedo anticipatorio. El varón puede adoptar el *papel de espectador* y, progresivamente, la situación sexual se va haciendo cada vez más ansiógena.

Las diversas formas de trastorno de la erección en el hombre presentan diferente curso, y la edad de inicio varía de manera sustancial. Los pocos individuos que nunca han sido capaces de tener una erección de intensidad suficiente como para llevar a cabo el acto sexual completo tienen muchas probabilidades de tener un trastorno crónico para toda la vida. Los casos que son adquiridos remiten espontáneamente en un 15-30% de las veces. Los casos de tipo situacional pueden depender del tipo de compañía o de la intensidad o calidad de la relación, y son de tipo episódico, con recurrencias frecuentes.

35. Ll. Farré y L. Rossell (1992). "La sexualidad como escenario de la violencia o de cuando la impotencia se hace guardián del sadismo". En: Ll. Farré (ed.). *Monografías del servicio de Psicología Clínica de la Fundación Puigvert* (pág. 45-51). Barcelona: Fundación Puigvert.

Los factores que en términos generales se asocian a un buen pronóstico son los siguientes: presencia de acontecimientos estresantes, buena calidad de la relación de pareja, ausencia de antecedentes psicopatológicos significativos, actitud de colaboración en la terapia, buen nivel cultural, búsqueda rápida de ayuda profesional, poca duración del trastorno, etc.

2) Epidemiología del trastorno de la erección en el hombre

La impotencia es un trastorno muy frecuente en las consultas de los hombres afectados por disfunciones sexuales. Entre la población general, su prevalencia alcanza entre el 7 y el 10% de los hombres, y su incidencia aumenta notablemente con la edad (20% en personas de 50 años, 75% en mayores de 80 años).

7.3.6. Trastorno orgásmico femenino

La característica esencial del trastorno orgásmico femenino es una ausencia o un retraso persistente o recurrente del orgasmo en la mujer después de una fase de excitación sexual normal, y recibida la estimulación sexual que la mujer considera adecuada y suficiente.

El trastorno orgásmico en la mujer puede alterar la imagen corporal, la autoestima o la satisfacción en las relaciones.

Aunque, como es sabido, las mujeres presentan una notable variabilidad en relación con la forma de obtención del orgasmo, esta variabilidad no interfiere en el diagnóstico del trastorno en tanto que éste se define como dificultad orgásmica en presencia de la estimulación que la propia mujer considere adecuada. No se considera, por ejemplo, que una mujer que no consigue el orgasmo mediante el coito pero sí lo consigue con otra actividad sexual padezca este problema.

1) Curso y pronóstico del trastorno orgásmico femenino

El trastorno suele presentarse con más frecuencia en mujeres jóvenes. En la mayoría de los casos ha existido siempre y no es adquirido. Si mediante ayuda profesional o de manera propia la paciente aprende a conseguir el orgasmo, es poco frecuente que pierda esta capacidad, a menos que haya una comunicación sexual pobre, problemas de relación con la pareja, un acontecimiento traumático, un trastorno del estado de ánimo o una enfermedad médica. Cuando un

trastorno orgásmico se produce sólo en circunstancias muy determinadas, suelen aparecer también alteraciones del deseo sexual o de la excitación.

2) Epidemiología del trastorno orgásmico femenino

La anorgasmia femenina es una de las disfunciones sexuales más frecuentes en la mujer. Diversos estudios mencionan porcentajes entre la población general que van del 5 al 40%. Entre las mujeres que consultan por disfunción sexual, los porcentajes oscilan entre el 18 y el 30% del total de las consultas.

7.3.7. Trastorno orgásmico masculino

Este trastorno recibe también el nombre de *eyaculación retrasada*. Se suele tratar de hombres que experimentan gran dificultad para conseguir el orgasmo mediante el coito, y en algunos casos no lo logran. A menudo, estos hombres pueden eyacular mediante la estimulación manual o de otro tipo. Los sujetos con este trastorno suelen relatar experiencias agradables y gratificantes al inicio de la relación sexual, que van perdiéndose progresivamente cuando ésta avanza o en el momento del coito.

1) Curso y pronóstico del trastorno orgásmico masculino

Esta disfunción puede ser causa de infertilidad y dificultar notablemente la vida de la pareja.

Se considera que el subtipo de toda la vida indica una conflictiva relacional importante y tiene mal pronóstico. No sucede lo mismo con el subtipo adquirido, que puede relacionarse con dificultades más ocasionales o manejables.

El problema psicopatológico que se asocia con más frecuencia a esta disfunción suele ser el trastorno obsesivo-compulsivo.

2) Epidemiología del trastorno orgásmico masculino

Este trastorno es muy poco frecuente. Masters y Johnson encontraron sólo un 3,8% sobre un total de 447 hombres con disfunciones sexuales. Se calcula que su prevalencia entre la población general es del 5%.[36]

36. Ll. Farré, N. Camps y M.T. Cases (1987). "Terapéutica de la aneyaculación sin sustrato orgánico perturbado". *Actas de la Fundación Puigvert* (2, pág. 97-104). Barcelona: Fundación Puigvert.

7.3.8. Eyaculación precoz

La característica esencial de la *eyaculación precoz* consiste en la aparición de un orgasmo y eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración, y antes de que la persona lo desee. Antes de establecer este diagnóstico habrá que tener en cuenta factores que influyen en la duración de la fase de excitación, como son la edad, las parejas o situaciones nuevas y la frecuencia de la actividad sexual. La estimación de las parejas del tiempo transcurrido entre el inicio de la actividad sexual y la eyaculación, así como la opinión de si la eyaculación precoz constituye un problema, pueden ser muy variables.

1) Curso y pronóstico de la eyaculación precoz

Habitualmente, la eyaculación precoz se observa en hombres jóvenes y se inicia en las primeras relaciones. La mayoría de hombres jóvenes aprenden a retrasar el orgasmo a lo largo de los años y a medida que tienen más experiencia, pero algunos siguen presentando eyaculación precoz y buscan ayuda profesional. Algunos individuos pueden retrasar la eyaculación en las relaciones de larga duración, pero sufren eyaculación precoz cuando tienen una nueva pareja.

Algunos hombres que han dejado de tomar alcohol de manera regular pueden experimentar eyaculación precoz, ya que confiaban en la bebida para retrasar el orgasmo en vez de aprender nuevos comportamientos.

2) Epidemiología de la eyaculación precoz

La eyaculación precoz es el motivo de consulta de entre un 35 y un 40% de hombres en tratamiento por disfunción sexual.

Entre la población general, los datos varían entre un 3 y un 38%.

Este trastorno es más frecuente entre universitarios que entre hombres con un menor nivel cultural. Aunque la causa de este fenómeno es desconocida, podría estar motivada por la preocupación que genera la ansiedad por satisfacer a la pareja, quizá mayor entre hombres con un cierto nivel cultural.

7.3.9. Dispareunia no orgánica

La característica esencial de este trastorno consiste en dolor genital durante las relaciones sexuales. Normalmente los pacientes se quejan de dolor durante el coito, pero también puede aparecer antes o después de la relación sexual. Este trastorno afecta tanto a hombres como a mujeres. En éstas, el dolor se puede describir como superficial durante la penetración o como profundo durante los movimientos coitales. La intensidad de los síntomas comprende desde una sensación de leve malestar hasta un dolor agudo. En los hombres suelen observarse quejas de dolor durante o después de la penetración. Normalmente, el dolor se sitúa en el pene, y con menor frecuencia en los testículos y los órganos internos.

La exploración física no muestra, generalmente, ningún tipo de anormalidad.

1) Curso y pronóstico de la dispareunia no orgánica

El dolor genital experimentado en el coito puede comportar la evitación de las relaciones sexuales o su alteración, o bien limitar posibles nuevas relaciones.

La poca información de que se dispone sugiere que el curso de la dispareunia tiende a ser crónico.

2) Epidemiología de la dispareunia no orgánica

Apenas disponemos de datos sobre esta disfunción sexual. Se mencionan prevalencias en la población general de un 1 ó 2% de mujeres, cifras que llegan al 4% del total de las mujeres que consultan por disfunción sexual. Todo apunta a que es mucho menos frecuente en hombres.

7.3.10. Vaginismo no orgánico

La característica esencial del vaginismo es la contracción involuntaria, de manera recurrente o persistente, de los músculos perineales del tercio externo de la vagina, ante la introducción del pene, los dedos, los tampones o los espéculos. En algunas mujeres la mera idea de la penetración vaginal puede producir un espasmo muscular. La contracción puede ser desde ligera (produciendo rigi-

dez y malestar) hasta intensa (impidiendo la penetración). En algunas mujeres, las respuestas sexuales (como deseo, placer, capacidad orgásmica) no se ven afectadas, a no ser que se produzca la penetración o se piense en ella. Pueden incluso desear el coito. El obstáculo físico a causa del espasmo impide generalmente el coito. Por ello, el trastorno puede limitar la actividad sexual y afectar las relaciones. Asociados a este trastorno pueden observarse casos de matrimonios no consumados y de infertilidad.

El diagnóstico se establece a menudo durante las exploraciones físicas ginecológicas de rutina, cuando la respuesta al examen pélvico es una contracción de la apertura vaginal. En algunos casos, la intensidad del espasmo puede ser tan aguda o prolongada que llega a producir dolor.

1) Curso y pronóstico del vaginismo no orgánico

El trastorno se observa más frecuentemente en mujeres jóvenes, en mujeres con una actitud negativa hacia el sexo y en mujeres con historia de abusos o traumas de tipo sexual.

Ejemplo

Elisa nunca ha podido tener una relación sexual con actividad coital. Cuando se la interroga, asegura que nunca ha podido ponerse un tampón, y que el ginecólogo, al que acude muy de tarde en tarde, tiene que sedarla ligeramente para poder explorarla. Ahora ha empezado a salir con un chico que le gusta mucho, y consulta antes de que este problema dificulte la relación. Una entrevista posterior reveló datos muy significativos: Elisa es profundamente religiosa y asocia la sexualidad en cualquiera de sus variantes con la inmoralidad. Su madre le insistió durante años en que cualquier tipo de tocamiento era pecaminoso, incluidos los necesarios para la higiene. Recuerda con desagrado que durante unos años su madre la vigilaba mientras se duchaba. Desde hace tiempo no ve las cosas de una manera tan radical, pero el problema persiste.

El vaginismo de toda la vida tiene habitualmente un inicio súbito, se manifiesta durante los primeros intentos de penetración sexual de la pareja o durante el primer examen ginecológico. Estas mujeres suelen relatar una larga historia de dificultades para la aplicación de tampones, diafragmas, etc. Una vez aparecido el trastorno, el curso es generalmente crónico, a no ser que mejore con el tratamiento. El vaginismo adquirido también puede aparecer de golpe, en respuesta a un trauma sexual o a una enfermedad médica.

2) Epidemiología del vaginismo no orgánico

El vaginismo suele diagnosticarse en mujeres con un elevado nivel educativo o que pertenecen a niveles socioeconómicos altos.

Entre las mujeres que acuden a consulta por disfunción sexual, el vaginismo ocupa el 12 -22% del total.

En la población general su estimación no supera, en ningún caso, el 4%.

7.3.11. Consideraciones sobre el diagnóstico de las disfunciones sexuales

Para diagnosticar cualquier disfunción sexual, hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones:

1) Cuando hay más de una disfunción sexual, hay que diagnosticarlas todas.

2) Si la estimulación sexual es inadecuada en cuanto a tipo, intensidad o duración, no debe hacerse el diagnóstico de disfunción sexual que implique la excitación o el orgasmo.

3) El DSM-IV especifica una serie de tipos dentro de cada disfunción que pueden ser de suma utilidad diagnóstica. Estos subtipos hacen referencia al inicio, el contexto y los factores etiológicos que se asocian con los trastornos sexuales.

a) Subtipos de inicio:

- *De toda la vida*. Indica que el trastorno sexual ha existido desde el inicio de la actividad sexual.
- *Adquirido*. Se aplica cuando la disfunción ha aparecido después de un periodo de actividad sexual normal.

b) Subtipos de contexto:

- *General*. Este subtipo indica que la disfunción sexual no se limita a ciertas clases de estimulación, de situaciones o de compañeros.
- *Situacional*. Este subtipo indica que la disfunción sexual se limita a ciertas clases de estimulación, de situaciones o de compañeros.

c) Subtipos etiológicos:

- *A causa de factores psicológicos*. Aplicable en aquellos casos en que los factores psicológicos son de gran importancia en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del trastorno. Las enfermedades médicas y las sustancias no ejercen ningún papel en su etiología.
- *A causa de factores combinados*. Este subtipo se consigna cuando: 1. los factores psicológicos ejercen un papel en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del trastorno; y 2. la enfermedad médica o las sustancias contribuyen a la aparición del trastorno, pero no bastan para causarlo.

4) Cuando una enfermedad médica o el consumo de sustancias (incluso los efectos secundarios de los fármacos) bastan para causar el trastorno, debe diagnosticarse un trastorno sexual a causa de una enfermedad médica y/o un trastorno sexual inducido por sustancias.

5) No debe establecerse el diagnóstico de disfunción sexual si ésta se explica mejor por la presencia de otro trastorno del eje I del DSM-IV (por ejemplo, si la disminución del deseo sexual se produce exclusivamente en el contexto de un episodio depresivo mayor). No obstante, si la alteración de la función sexual precede al trastorno del eje I o constituye objeto de atención clínica independiente, se puede establecer el diagnóstico adicional de trastorno sexual.

Respecto a este último punto, la tabla 2.19 puede ser de utilidad en el momento de detectar la posibilidad de que la alteración de la sexualidad esté inserta en un cuadro psicopatológico determinado. Hay que tener en cuenta que la tabla presenta un conjunto de situaciones potenciales, es decir, no necesariamente siempre presentes.

Tabla 2.19. Cuadros clínicos y posibles alteraciones de la sexualidad asociadas a ellos.

Psicopatología	Posibles alteraciones de la sexualidad
Trastorno de ansiedad (en general)	Disfunciones sexuales
Trastornos fóbicos	Vaginismo, eyaculación precoz, aneyaculación, aversión al sexo
Histeria	Actitudes seductoras, vaginismo, dispareunia, deseo sexual inhibido
Trastorno obsesivo-compulsivo	Impotencia, deseo sexual inhibido

Psicopatología	Posibles alteraciones de la sexualidad
Trastornos psicosomáticos	Impotencia, dispareunia, vaginismo
Esquizofrenia	Parafilias, trastorno de la identidad sexual, conductas extravagantes, onanismo
Paranoia	Deseo sexual inhibido, impotencia
Depresión	Deseo sexual inhibido, trastornos de la excitación sexual
Manía	Parafilias, impulso sexual excesivo, onanismo
Demencias	Parafilias, onanismo
Toxicomanías	Deseo sexual inhibido, trastornos de la excitación sexual, parafilias
Trastorno antisocial	Parafilias, impulso sexual excesivo, violencia sexual

6) Las alteraciones eventuales del deseo sexual, de la excitación o del orgasmo que no sean persistentes ni recurrentes o no vayan acompañadas de malestar intenso o dificultades interpersonales no se consideran disfunciones sexuales.

7.4. Las parafilias

Anteriormente se denominaron *perversiones sexuales* o *desviaciones sexuales*.

Se produce una parafilia cuando un sujeto experimenta recurrentemente intensas necesidades sexuales y fantasías sexuales que incluyen:

a) Objetos o sujetos no humanos.

b) Sufrimiento y/o humillación propia o del compañero (tanto si éste lo consiente como si no), es decir, reales y no simulados.

c) Niños o personas que no participan voluntariamente.

Para conseguir la excitación o el orgasmo, el parafílico necesita incluir fantasías o prácticas extrañas o poco frecuentes. Sin estos aspectos extraños (a, b, c) no tiene sexualidad: estos aspectos son una condición *sine qua non*. Pero es cierto que puede haber parafílicos con una vida sexual en apariencia normal, por un lado, y una paralela por el otro. No es extraño que los individuos tengan más de una parafilia.

Las complicaciones de las parafilias son la incapacidad para una relación sexual afectiva, la aparición de otras disfunciones sexuales, las enfermedades de

transmisión sexual en caso de tener relaciones sin una adecuada protección, el deterioro del matrimonio o pareja si existiese (de hecho, el 50% de las personas parafílicas están casadas), el sufrimiento físico (para el agente y para la víctima) y los problemas legales.

Pese a estos problemas, esos individuos pocas veces recurren espontáneamente a los profesionales de la salud mental. Cuando lo hacen es porque su comportamiento les ha provocado problemas con su pareja sexual o con la sociedad. Muchas personas que sufren esta alteración afirman que su comportamiento no les ocasiona ningún tipo de malestar y que el único problema es el conflicto social. Otros casos manifiestan intensos sentimientos de culpa, vergüenza y depresión por el hecho de realizar actividades sexuales inusuales, que no son aceptadas socialmente o que ellos mismos consideran inmorales.

Asimismo, las alteraciones de la personalidad son frecuentes y pueden ser lo suficientemente graves como para que se diagnostique el trastorno de la personalidad. También pueden aparecer síntomas típicos de depresión en estos individuos, lo cual puede provocar un aumento de la frecuencia e intensidad del comportamiento parafílico.

1) Curso y pronóstico de las parafilias

Algunas fantasías y comportamientos asociados con las parafilias se pueden iniciar en la infancia o en las primeras etapas de la adolescencia, pero su desarrollo se define y elabora mejor durante la adolescencia y los primeros años de la vida adulta. Más del 50% de parafilias aparece antes de los 18 años. El sadismo y el masoquismo suelen iniciarse en la edad adulta. La elaboración y revisión de las fantasías pueden continuar a lo largo de toda la vida del individuo. Por definición, las fantasías e impulsos asociados a estos trastornos son recurrentes. Muchas personas cuentan que siempre tienen fantasías, pero que a veces hay periodos de tiempo en los que su frecuencia e intensidad varían de manera sustancial. Estas alteraciones tienden a cronificarse y a durar muchos años, pero tanto las fantasías como los comportamientos disminuyen a menudo con el paso de los años. No obstante, los comportamientos se pueden incrementar en respuesta a estímulos estresantes, en relación con otros trastornos mentales o con la oportunidad de poder practicar la parafilia.

El curso suele ser de tipo crónico, en caso de que no haya una intervención profesional por medio. A menudo el sujeto que padece una parafilia tiene más

de una. Otros diagnósticos, como trastornos de la personalidad, toxicomanías, etc., suelen ser también frecuentes.

El pronóstico suele ser malo en los casos en que hay un inicio primerizo, una alta frecuencia de actos, escasos sentimientos de vergüenza y abuso de sustancias.

El pronóstico mejora si el paciente tiene una historia de relaciones sexuales normales, aparte de la parafilia, un elevado grado de motivación por el cambio o si solicita ayuda por sí mismo.

2) Diagnóstico diferencial de las parafilias

La parafilia debe ser diferenciada del uso de fantasías o comportamientos sexuales no patológicos o de los objetos como un estímulo para la excitación sexual que presentan los individuos sin parafilia. Las fantasías, los comportamientos o los objetos son considerados parafílicos sólo si provocan malestar o alteraciones clínicamente significativas. Por ejemplo, si son obligatorias, producen disfunciones sexuales, requieren la participación de individuos en contra de su voluntad, conducen a problemas legales o interfieren en las relaciones sociales.

En el retraso mental, la demencia, el cambio de personalidad a causa de una enfermedad médica, la intoxicación por sustancias, un episodio maníaco o la esquizofrenia puede haber una reducción de la capacidad de juicio, de las habilidades sociales o del control de los impulsos, que pocas veces produce un comportamiento sexual inusual. Estos casos se diferencian de las parafilias por diversos factores: el comportamiento sexual poco frecuente del individuo no constituye el patrón obligatorio o preferido del sujeto, los síntomas sexuales aparecen exclusivamente durante el curso de estos trastornos mentales y los actos sexuales tienden a ser aislados más que recurrentes, y a tener un inicio más tardío.

Es importante ver que podemos observar conductas parafílicas en sujetos con otra Psicopatología mayor que las determina: esquizofrenia, manía, psicopatía, etc. No obstante, también las podemos ver en sujetos cuya única manifestación patológica sea la parafilia.

Según cómo se presente y cómo sea vivida por el sujeto, podremos ver en qué tipo de "estructura mental" se inscribe la parafilia. Eso será muy importante para el diagnóstico y el tratamiento.

Así, nos podemos encontrar con parafílicos a los que no preocupa en absoluto su conducta sexual, la aceptan plenamente y no la viven con ansiedad ni

con culpa. Sin duda, estamos ante una estructura de tipo psicopática. Se puede observar en psicópatas e incluso en sujetos que aparentemente no lo son. Lógicamente, no consultan nunca por esta conducta.

Otro sujeto estará angustiado, tenso y disconforme con lo que le sucede, y lo vivirá con aspectos depresivos. Intentará luchar contra su propia conducta, pero sin éxito. Puede pasar periodos de mayor "normalidad" sexual. Es típico que intenten casarse para paliar estas conductas, cosa que no suele dar buen resultado. Sentirá una intensa vergüenza y culpa después de haber cometido el acto parafílico. Se tratará, en ese caso, de una estructura de tipo neurótico. Muy diferente del anterior, consultará por su problema y será, en principio, de mejor pronóstico que el anterior.

El tercer caso será cuando se observen conductas parafílicas en el seno de una psicosis (esquizofrenia o psicosis maniacodepresiva en fase maníaca). Normalmente, una vez remite el cuadro psicótico más agudo, el sujeto deja de realizar conductas parafílicas. Estamos ante una estructura de tipo psicótico.

De lo que hemos dicho hasta ahora se desprende que, ante una parafilia, tendremos que determinar inexcusablemente de qué tipo de estructura se trata.

3) Epidemiología de las parafilias

Muy pocas personas practican parafilias, pero el carácter repetitivo de los trastornos se traduce en una elevada frecuencia de estos actos. Por eso tantas personas han sido víctimas de parafílicos.

Suelen ser trastornos casi exclusivos del hombre. El masoquismo y la parafilia es más frecuente entre las mujeres.

La parafilia más frecuente parece ser la pedofilia. El exhibicionismo y la escopofilia, aunque son de las más frecuentes, presentan cifras menores de prevalencia.

7.4.1. Subtipos de parafilias

Después de revisar las generalidades sobre las parafilias, podemos abordar en detalle las diferentes formas de manifestación de estos trastornos.

1) Subtipos de parafilias: exhibicionismo

El exhibicionismo consiste en la necesidad imperiosa y recurrente de exponer los genitales a la vista de un extraño o de sorprender a otra persona mediante esta práctica. La excitación sexual es anterior a la exposición, y el orgasmo se produce mediante la masturbación, durante o después del acto. Prácticamente en el 100% de los casos se trata de hombres que exhiben sus genitales a mujeres.

Cuando el individuo lleva a cabo sus impulsos, generalmente no hay ningún intento de actividad sexual posterior con la persona extraña. En algunos casos, la persona es consciente del deseo de sorprender o espantar al espectador. En otros, el individuo tiene la fantasía sexual de que el observador se excitará sexualmente.

Es la parafilia más frecuente (1/3 del total).

Puede darse en la psicopatía, las demencias, el retraso mental, la manía y la esquizofrenia. Suelen ser personas con muchas dudas sobre su propia valía sexual.

2) Subtipos de parafilias: fetichismo

La característica esencial del fetichismo consiste en el uso de objetos no animados (fetiches). Entre los más comunes se encuentran los sujetadores, la ropa interior femenina, las medias, los zapatos, las botas o cualquier otra pieza de vestir. El individuo con fetichismo se masturba frecuentemente mientras sostiene, acaricia o huele el objeto fetiche, o bien puede pedir a su compañero sexual que se lo ponga durante las relaciones. En general, el fetiche es necesario e intensamente preferido para la excitación sexual, y en su ausencia se pueden producir trastornos de la erección en el hombre. El diagnóstico no debe hacerse cuando los fetiches se limitan a prendas de vestir femeninas utilizadas para travestirse, como ocurre con el fetichismo travestista, o cuando el objeto es estimulante desde el punto de vista genital porque ha sido diseñado especialmente para ese propósito.

3) Subtipos de parafilias: fetichismo travestista

La característica esencial del fetichismo transvestista consiste en vestirse con ropa del otro sexo. En general, el individuo guarda una colección de ropa feme-

nina que utiliza intermitentemente para travestirse. Cuando lo ha hecho, habitualmente se masturba e imagina que a la vez es el sujeto masculino y el objeto femenino de su fantasía sexual. Este trastorno ha sido descrito sólo en hombres heterosexuales.

Los fenómenos travestistas comprenden desde llevar ropa femenina en solitario y de forma ocasional hasta una extensa involucración en la subcultura travestista. Algunos hombres llevan una prenda femenina bajo su ropa masculina, y otros visten completamente como una mujer y llevan maquillaje. El grado en el que el individuo travestido parece ser una mujer varía en función de los gestos, del hábito corporal y de la habilidad para travestirse. Cuando el individuo no está travestido, en general tiene un aspecto completamente masculino. Aunque la preferencia básica es heterosexual, estas personas tienden a tener pocas compañías sexuales y a veces han llevado a cabo actos homosexuales. Un rasgo asociado a este trastorno puede ser la presencia de masoquismo sexual.

El trastorno se inicia típicamente con el trasvestismo en la infancia o al principio de la adolescencia. En muchos casos, el acto travestista no se hace en público hasta llegar a la edad adulta. La experiencia inicial puede representar un travestismo parcial o total. Cuando es parcial, progresa a menudo hacia un travestismo completo. Un artículo favorito de vestir puede trasformarse en un objeto erótico por sí mismo, y utilizarse habitualmente primero para la masturbación y después para las relaciones sexuales. En algunos individuos, la excitación que produce el hecho de travestirse puede cambiar a lo largo del tiempo de manera temporal o permanente, y tiende a disminuir o desaparecer. En estos casos, el travestismo se convierte en un antídoto contra la ansiedad o la depresión, o contribuye a obtener una sensación de paz y tranquilidad.

El diagnóstico no debe hacerse en los casos en que el travestismo aparece en el trascurso de un trastorno de la identidad sexual.

4) Subtipos de parafilias: frotteurismo

La característica esencial del frotteurismo implica el contacto y la fricción con una persona en contra de su voluntad. En general este comportamiento se produce en lugares con mucha gente, en los que es más fácil huir de la detención: transportes públicos, aglomeraciones, centros comerciales, etc.

El individuo aprieta sus genitales contra las nalgas de la víctima o trata de tocar los genitales o los senos con sus manos. Mientras lo hace, se imagina que vive una verdadera relación con la víctima, pero es consciente de que para poder evitar una posible detención tiene que escapar inmediatamente después de tocarla.

En general, esta parafilia se inicia en la adolescencia. La mayoría de los actos de frotteurismo se dan cuando el individuo tiene entre 15 y 25 años. Después, la frecuencia declina gradualmente.

Suele tratarse de individuos pasivos o aislados, cuya única vía de gratificación sexual es ésta. Por ello este sujeto suele repetir muy a menudo sus actos frotteuristas. El estudio de Freund (1990) señala que el 61% de los frotteuristas tiene conductas exhibicionistas, el 30% admite haber practicado la escopofilia y el 22% había cometido violación. No es cierto, por tanto, que sean sujetos poco peligrosos.

5) Subtipos de parafilias: pedofilia

La característica fundamental de la pedofilia radica en actividades sexuales con niños prepúberes (generalmente de 13 años o menos). La gente que presenta pedofilia declara sentirse atraída por los niños de un margen de edad particular. Algunos individuos prefieren niños, otros niñas, y otros, los dos sexos. Las personas que se sienten atraídas por las niñas generalmente las prefieren entre los 8 y los 10 años, mientras que quienes se sienten atraídos por niños los prefieren un poco mayores. La pedofilia que afecta a las niñas como víctimas es mucho más frecuente que la que afecta a los niños. Algunos individuos con pedofilia sólo se sienten atraídos por niños (tipo exclusivo), mientras que otros a veces se sienten atraídos por adultos (tipo no exclusivo). La gente que presenta este trastorno y que se acerca a niños siguiendo sus impulsos puede limitar su actividad sólo a desnudarlos, observarlos, exhibirse o masturbarse ante ellos, acariciarlos y tocarlos suavemente. Pero otros hacen actos más intensos (penetraciones, felaciones, etc.), utilizando diversos grados de fuerza para lograr estas finalidades.

El paciente puede justificarse a sí mismo diciendo que el niño lo ha provocado o que el niño ha experimentado placer. Los individuos pueden limitar sus actividades a sus hijos, sus ahijados o sus familiares, o bien pueden encontrar su víctimas entre los niños de otras familias. Muchos pedófilos heterosexuales están casados. No es raro que la víctima forme parte del entorno del pedófilo. Al-

gunas personas con este trastorno amenazan a los niños para impedir que hablen. Otros, particularmente quienes lo hacen con frecuencia, desarrollan técnicas complicadas para tener acceso a los niños, como ganarse la confianza de la madre, casarse con una mujer que tenga un niño atractivo, etc. Excepto en los casos de asociación con el sadismo sexual, el individuo puede ser muy atento con las necesidades del niño para ganarse su afecto, interés o lealtad e impedir que cuenten todo a otras personas.

Ejemplo

Don Pedro está casado y tiene dos hijas con las que es muy estricto y moralista. No le gusta, por ejemplo, que se vistan con según qué tipo de ropa demasiado provocativa. Pero tiene un secreto muy bien guardado que nadie conoce. Le gusta ir al parque a mirar a las niñas pequeñas. Nunca les ha hecho daño. Es más, normalmente ni siquiera trata de hablar con ellas, y se limita a sentarse lo más cerca posible y a observar sus juegos. Si llega a ver su ropa interior experimenta una tremenda excitación, que, no obstante, es capaz de controlar. Utiliza estas visiones para excitarse después, cuando tiene relaciones con su mujer. De hecho, no puede tener relaciones si no se imagina que las tiene con las niñas que ha observado en el parque. Alguna vez ha intentado pensar en otra cosa, pero entonces no consigue la excitación suficiente como para llegar al orgasmo. Si quiere alcanzar el clímax, debe pensar en esas niñas.

El trastorno en general se inicia durante la adolescencia, aunque algunos individuos manifiestan que no llegaron a sentirse atraídos por los niños hasta la edad intermedia de la vida. El individuo con este trastorno debe de tener dieciséis años o más, y ha de ser al menos cinco años mayor que el niño.

La frecuencia del comportamiento pedofílico fluctúa a menudo con el estrés psicosocial. El curso es habitualmente crónico, especialmente en quienes se sienten atraídos por los individuos del mismo sexo. El índice de recaídas de los indivíduos con pedofilia que tienen preferencia por el mismo sexo (pedofilia homosexual) es aproximadamente el doble de los que prefieren el otros sexo, aunque éstos son, en cantidad, el doble que los anteriores.

Suelen ser sujetos descritos como tímidos, poco asertivos y socialmente aislados, aunque estos datos no son del todo consistentes.

6) Subtipos de parafilias: masoquismo y sadismo sexual

Aunque el DSM-IV describe el masoquismo y el sadismo como dos entidades clínicas independientes, la clínica muestra que muchas veces aparecen juntas.

Suele hablarse, en ese caso, de sadomasoquismo. Se calcula que un 30% de los masoquistas tienen fantasías sádicas.

En ambas situaciones es fundamental la asociación del dolor y la humillación con la estimulación y/o satisfacción sexual.

En la gran mayoría de los casos, las interacciones sexuales sadomasoquistas son de mutuo acuerdo, y muchos sujetos se pueden alternar el papel de recibir o infligir sufrimiento.

Golpes, sensación de esclavización, sujeción, humillación física y verbal, etc., pueden formar parte del repertorio de conductas sadomasoquistas.

En los casos en que el sadismo vaya de la mano del trastorno antisocial de la personalidad, se pueden dar actos muy violentos y agresivos (violaciones, asesinatos con componente sexual, etc.).

Las fantasías sadomasoquistas no suelen llevarse a la práctica hasta la adolescencia o principios de la vida adulta.

No existen datos muy fiables sobre la prevalencia de estos trastornos, pero la gran cantidad de publicaciones y clubs sadomasoquistas induce a pensar que no se trata de un fenómeno extraño.

Suelen asociarse con el fetichismo y el fetichismo travestista.

7) Subtipos de parafilias: voyeurismo

La característica esencial de la escopofilia implica la observación oculta de personas, en general desconocidas, cuando están desnudas, cuando se quitan la ropa o en plena actividad sexual. Esta parafilia se lleva a cabo sin el consentimiento de las víctimas. El acto de mirar se hace para lograr una excitación sexual y, en general, no se busca ninguna relación sexual con la persona observada. El orgasmo, habitualmente producido mediante la masturbación, puede aparecer durante la actividad escopofílica o después, como respuesta a lo que se ha observado. A menudo estas personas se divierten con la fantasía de tener una experiencia sexual con la persona observada, pero en realidad eso pocas veces sucede. En su forma más grave, la escopofilia constituye la forma exclusiva de actividad sexual.

La observación a través de ventanas, el uso de prismáticos y telescopios, deambular por las zonas donde hay coches aparcados con parejas dentro, etc., suelen ser las conductas más frecuentes de estos sujetos.

Ejemplo

Juan Carlos descubrió, por casualidad, que podía observar cómo su vecina se desnudaba por las noches, cuando ésta llegaba a casa y se duchaba. Juan Carlos era un chico de diecisiete años muy solitario, de características un poco esquizoides, que nunca ha salido con ninguna chica ni ha tenido relaciones sexuales de ninguna clase. Empezó a masturbarse mirando a su vecina. Había noches en que esperaba que llegase para poder observarla. Fueron pasando los años, y se fue especializando en observar mujeres y parejas en plena actividad sexual. Iba a los parques por las tardes y a los descampados donde había coches aparcados. Llegó a comprarse unos prismáticos para espiar mejor. Actualmente, Juan Carlos tiene veintisiete años y su única actividad sexual consiste en espiar mujeres y parejas. Suele pasearse cerca de las playas nudistas, y de vez en cuando va a una *sex-shop*, donde hay unas cabinas en las que por unas monedas tiene acceso visual a una mujer desnuda que se contorsiona eróticamente. Una vez tuvo un encuentro con el acompañante de una chica que estaba en *topless* en la playa. Se fue corriendo y no volvio a la playa durante una temporada, pero siguió con su conducta de deambulación por las playas.

Al igual que el exhibicionismo, esta conducta aparece acompañada por un marcado carácter compulsivo, y los sujetos relatan una intensa activación (aceleración del ritmo cardíaco, sudoración) ante la posibilidad de llevar a cabo sus prácticas de observación.

Este trastorno está muy relacionado con el exhibicionismo, ya que se calcula que el 75% de los escopófilos también han tenido conductas exhibicionistas.

El inicio del comportamiento escopofílico suele tener lugar antes de los 15 años. El curso tiende a ser crónico.

7.5. Los trastornos de la identidad sexual

El sexo biológico o asignado es aquel con el que nacemos. Se trata de nuestras características anatómicas y fisiológicas, las que nos definen como hombres o mujeres.

La identidad de género es un estado psicológico que refleja la sensación personal de saberse mujer u hombre. Esta identidad se basa en actitudes determinadas culturalmente y en otros atributos vinculados con lo que es masculino y femenino. Una persona con una identidad de género clara se puede definir sin ambigüedades respecto a si es hombre o mujer.

El papel de género es el patrón de conducta externa que refleja el sentido íntimo de la identidad de género.

Normalmente, el sexo asignado suele coincidir con la identidad de género y marcar cuál es nuestro papel de género.

En los trastornos de la identidad sexual, denominados anteriormente de la identidad de género, se observa una incongruencia entre el sexo anatómico y la identidad de género. Estas alteraciones presentan una gran diversidad en cuanto a intensidad: desde personas que se identifican con el sexo al que pertenecen, aunque experimenten con ello un cierto malestar, hasta sujetos que pertenecen a un sexo y están tan a disgusto con su sexo anatómico que buscan el cambio quirúrgico.

En los niños, el hecho de identificarse con el otro sexo se manifiesta por una marcada preocupación por las actividades femeninas tradicionales. Pueden preferir vestirse con ropa de niña o de mujer. Hay una fuerte atracción hacia juegos y pasatiempos típicos de las niñas. Les agrada especialmente jugar a padres y madres, y dibujar niñas y princesas guapas. A menudo sus juguetes son las muñecas, y las niñas, sus compañeras de juego. Cuando juegan a padres y madres, estos niños desempeñan el rol femenino y muestran fantasías relacionadas con mujeres. Evitan los juegos violentos y los deportes competitivos, y muestran un escaso interés por coches, camiones y otros juguetes no violentos, pero típicos de los niños. Pueden expresar el deseo de ser una niña y asegurar que crecerán para ser una mujer. A la hora de orinar se sientan en la taza y hacen como si no tuvieran pene, ocultándoselo entre las piernas.

Las niñas con trastornos de la identidad sexual muestran reacciones negativas intensas hacia los intentos, por parte de los padres, de vestirlas con ropa femenina o cualquier otra prenda de mujer. Prefieren la ropa de niño y el pelo corto. A menudo los desconocidos las confunde con niños, y ellas piden que se las llame con un nombre de niño. Estas niñas prefieren tener niños como compañeros. Con ellos practican deporte, juegos violentos y juegos propios de niños. Muestran poco interés por las muñecas o por cualquier tipo de vestido femenino o actividad relacionada con el papel de la mujer.

Los adultos con trastorno de la identidad sexual muestran el deseo de vivir como miembros del otro sexo. Eso se manifiesta a través de un intenso deseo de adoptar el papel social del otro sexo o de adquirir su aspecto físico, sea mediante tratamiento hormonal o quirúrgico. En ocasiones se ha utilizado la palabra *transexualidad*

para referirse a esta situación. Los individuos con este trastorno se sienten incómodos si se les considera miembros de su propio sexo o si su función en la sociedad no es la correspondiente al otro sexo. La adopción del comportamiento, la ropa y los movimientos del otro sexo se realiza en grados diferentes. En privado, estos individuos pueden pasar mucho tiempo vestidos como el otro sexo y esforzándose por conseguir la apariencia adecuada. Muchos tratan de pasar en público por personas del sexo opuesto. Vestidos como el otro sexo, y con tratamiento hormonal, muchos individuos con este trastorno pasan inadvertidos como personas del otro sexo. La actividad sexual de estos individuos con personas del mismo sexo generalmente está restringida, porque no quieren que sus parejas vean o toquen sus genitales.

Los pacientes con trastorno de la identidad sexual pueden sentirse sexualmente atraídos por hombres, por mujeres, por ambos o por ninguno de los dos. En ningún caso se consideran a sí mismos homosexuales, ya que se consideran miembros del otro sexo.

Muchos individuos con trastorno de la identidad sexual acaban socialmente aislados. El aislamiento y el ostracismo conducen a una baja autoestima y pueden contribuir a sentir aversión por la escuela y a abandonarla. El rechazo y las burlas de los compañeros producen secuelas frecuentes que persisten en los niños con este trastorno.

7.5.1. Curso y pronóstico de los trastornos de la identidad sexual

Los niños empiezan a manifestar este trastorno hacia los cuatro años.

Sólo un reducido índice de niños con este trastorno continuará presentando síntomas que cumplan los criterios para el trastorno de la identidad sexual en las etapas avanzadas de la adolescencia o en la vida adulta.

En las etapas avanzadas de la adolescencia o de la vida adulta, aproximadamente tres cuartas partes de los niños que han tenido una historia de trastorno de la identidad sexual afirman tener una orientación homosexual o bisexual, pero sin ningún trastorno de identidad sexual concurrente. La mayoría del resto afirma ser heterosexual, también sin trastornos de la identidad sexual concurrentes. Los porcentajes correspondientes a la orientación sexual de los niños no se conocen.

Algunos adolescentes presentan una identificación más clara con el otro sexo y solicitan cirugía de reasignación sexual, o pueden continuar con confusión o disforia sexuales de manera crónica. De hecho, sólo el 10% de los casos de trastorno de la identidad de sexo infantil o adolescente acaban solicitando reasignación quirúrgica de sexo (transexualismo).

En los hombres adultos hay dos evoluciones diferentes en el trastorno de la identidad sexual. La primera es una continuación de este trastorno, iniciado en la infancia o en las primeras etapas de la adolescencia: son los individuos que están en la última etapa de la adolescencia o en la edad adulta. En la segunda, los signos más evidentes de identificación del otro sexo aparecen más tarde y de manera más gradual, con un cuadro clínico presente en las primeras etapas o en las etapas intermedias de la vida adulta, frecuentemente después o a veces al lado del fetichismo travestista. El grupo de inicio más tardío puede fluctuar más en el grado de identificación del otro sexo, mostrar más ambivalencia respecto a la cirugía de reasignación y presentar una probabilidad más alta de sentir atracción por las mujeres y una menor probabilidad de satisfacción después de la cirugía reasignadora. Los hombres con este trastorno que sienten atracción por otros hombres tienden a presentar, durante la adolescencia o las primeras etapas de la vida adulta, antecedentes de disforia sexual. En cambio, los que se sienten atraídos por las mujeres, por los hombres y las mujeres o por ninguno de los dos tienden a ser detectados más tarde y a presentar antecedentes de fetichismo travestista. Si el trastorno de la identidad sexual aparece en la edad adulta, tiende a tener un curso crónico, aunque a veces se han observado remisiones espontáneas.

Los intentos de suicidio y los trastornos relacionados con sustancias frecuentemente están asociados a este cuadro. Los niños con trastorno de la identidad sexual pueden manifestar, a la vez, trastorno de ansiedad por separación y síntomas depresivos. Los adolescentes están predispuestos a sufrir depresión, a presentar ideación suicida y a cometer actos de suicidio. En los adultos puede haber síntomas de ansiedad y de depresión. Algunos hombres adultos tienen una historia de fetichismo travestista, y también otras parafilias. Los trastornos de la personalidad asociados son más frecuentes en hombres que en mujeres.

7.5.2. Epidemiología de los trastornos de la identidad sexual

Hay muy poca información sobre la prevalencia de este trastorno. La mayoría de las estimaciones se basan en la cantidad de personas que solicitan intervenciones quirúrgicas de reasignación de sexo, y son cifras que indican una clara predominancia masculina. Algunos datos indican que uno de cada 30.000 hombres y una de cada 100.000 mujeres desean tratamiento quirúrgico.

- Tal como comentábamos al inicio de este apartado, las alteraciones de la sexualidad están muy presentes en las diferentes situaciones psicopatológicas. Nuestra misión ante estos trastornos es la de actuar como verdaderos profesionales de la psicología clínica, descartando un papel de sexólogos de miras estrechas, centrados tan sólo en lo que es puramente sexual.
- Para terminar, tenga siempre presente que la sexualidad es uno de los medios de relación con el otro más importantes, fundamentales y creativos de que disponemos. Pero como es un medio de relación con el otro y con uno mismo, está siempre cargada de emociones profundas y de significaciones que trascienden la mera mecánica sexual.

Capítulo III
Modelos etiológicos de los trastornos

1. La etiología de los trastornos mentales

1.1. La multifactorialidad de la etiología de los trastornos mentales

Una de las preguntas que siempre nos formulan a los profesionales de la psicología clínica es: ¿Cuál es la causa del trastorno x? Ante estas preguntas, muchas veces tenemos que responder con un "no se sabe con seguridad" o "no está claro del todo". Puede parecer que estas respuestas eluden la cuestión o sencillamente son una manera de salir del paso. Pero no piense que las respuestas que pueden dar los expertos en *etiología*[1] *a los trastornos mentales son tan precisas como desearíamos*.[2]

Aunque en estos momentos hay muchas dificultades para establecer "la causa" de los trastornos mentales, creemos que la situación cambiará gradualmente y que cada día que pasa sabemos algo nuevo sobre cómo se desencadenan y evolucionan los diferentes trastornos psicopatológicos.

Continuamente, los medios de comunicación, que, dicho sea de paso, son la principal fuente de información sobre temas científicos para la sociedad en general, nos ofrecen titulares impactantes sobre diferentes descubrimientos: el

1. Rama de la medicina que estudia las causas de las enfermedades.
2. Obviamente, el párrafo anterior tiene una marcada connotación provocadora. En realidad sí podemos profundizar más sobre la etiología de los diferentes trastornos mentales, y procuraremos hacerlo en este capítulo. El principal obstáculo es la diferente percepción que se mantiene desde los diferentes modelos tanto del trastorno como de su etiología, y que se deriva asimismo de la diferente concepción del proceso de maduración y formación de la personalidad que mantienen. Aunque con un ánimo más conciliador que combativo, hemos de interpretar que el objetivo común –saber por qué se produce un trastorno y, de manera indirecta, cómo podemos evitarlo– está presente en todos los modelos cuando intentan explicar los trastornos mentales.

gen que determina el desarrollo de fobias, el medicamento "milagroso" para tratar la depresión, etc. Nuestro consejo debe ser, y es, tener toda la precaución del mundo a la hora de analizar este tipo de información. Hay que tener en cuenta que, aunque un determinado descubrimiento esté publicado en la revista más prestigiosa, eso no implica que en el siguiente número de la revista dicho descubrimiento pueda ponerse en duda o, simplemente, refutado por la comunidad científica internacional.

No obstante, y volviendo a nuestra pregunta, tenemos una respuesta que iría un poco más allá del habitual "no se sabe" o "no está claro", y que ya entraría a utilizar un concepto mucho más próximo a una respuesta documentada. El concepto al que nos referimos es el de "multicausalidad". Efectivamente, cuando hablamos del origen de los trastornos mentales es habitual basar el discurso en la existencia de "muchos factores" relacionados con el inicio, el mantenimiento y la evolución de los diferentes trastornos psicopatológicos: genéticos, personales, familiares, sociales, culturales y todos aquellos que el lector pueda pensar.

La respuesta a la pregunta "¿cuál es la causa?" comienza a perfilarse. Efectivamente, tal como el lector se imagina, no hay una sola respuesta, ya que las interacciones que hemos visto en el mapa conceptual anterior y de las que somos testigos cada día de nuestras vidas impiden una aproximación a la etiología de los trastornos desde un modelo causal. No podemos hablar de una etiología única, sino de diferentes etiologías o, más correctamente, de las etiologías de cada uno de los trastornos. Así y todo, fíjese en que la mayoría de manuales de Psicopatología, al hablar de cada trastorno, incluyen un apartado sobre su *etiopatogenia*.[3]

Normalmente, este apartado alude a los diferentes modelos que se estudian en ámbitos como la *historia de la psicología*, la *evaluación psicológica*, la *psicología de la personalidad*, las *técnicas de intervención y tratamiento* o la *evaluación e intervención en problemas clínicos*.

Esta "dispersión" del apartado "Etiopatogenia" de cada uno de los trastornos suele dar lugar a dificultades de comprensión, a las que trataremos de dar respuesta en este módulo. Lo haremos trabajando aspectos como las hipótesis que

3. Desde el modelo médico, podemos definir la etiopatogenia como la rama de la Psicopatología que estudia las causas de las enfermedades mentales.

se postulan desde los diferentes enfoques teóricos para explicar la aparición y el mantenimiento de la Psicopatología.

Conscientemente, hemos utilizado la palabra *hipótesis* en el párrafo anterior para indicar que la etiología de los distintos trastornos sólo son hipótesis, aunque sí reconocemos que son diferentes en cuanto a los trabajos para tratar de "contrastar" dicha hipótesis.[4]

Puede llamar la atención del lector, especialmente después de haber leído los anteriores capítulos, el hecho de que en Psicopatología se construye conocimiento sobre fundamentos poco sólidos. Así, hay un cuerpo de conocimientos amplio sobre las manifestaciones de las enfermedades e, incluso, sobre su tratamiento (sobre todo desde el modelo médico). En cambio, no ha podido identificarse en qué medida influye cada uno de los aspectos mencionados, individuales, familiares, sociales y culturales, en el desarrollo y mantenimiento del trastorno, aunque existe un amplio consenso en que todos estos factores se relacionan en mayor o menor medida con la aparición y/o mantenimiento de los trastornos mentales.

Entre las razones por las que no se ha llegado a establecer las causas y la etiología de los diferentes trastornos mentales, podemos apuntar las siguientes:

- Dificultades metodológicas para controlar todas las variables que pueden influir en el inicio de la enfermedad.
- Mayor hincapié en el tratamiento de los trastornos que en trabajos de prevención (en los que es básico establecer "qué" prevenir).
- Confusión conceptual interdisciplinaria entre factores causales, factores de riesgo, variables que intervienen, etc.

- La etiología en Psicopatología tiene como objetivo estudiar las "causas" que determinan la aparición de los trastornos mentales.
- No parece que haya un modelo causal que explique la aparición de los diferentes trastornos. Más bien hablaríamos de diferentes etiologías para diferentes cuadros psicopatológicos.

4. Conviene tener en cuenta que, pese a la disparidad de perspectivas y modelos en los que nos podemos encuadrar los profesionales de la psicología, "una esquizofrenia es una esquizofrenia" en todos ellos. Las principales diferencias se basan en el "porqué" y en el "cómo" aparece el trastorno.

- Desde cada perspectiva teórica se han establecido unas "hipótesis" etiológicas para explicar la aparición de trastornos psicológicos en todas las personas.

1.2. Conceptos clave sobre etiología en Psicopatología

En el subapartado anterior hemos comentado que la etiopatogenia de un trastorno describiría las causas que lo provocan. Asimismo hemos apuntado que existe unanimidad de criterios a la hora de afirmar que los trastornos mentales no tienen una causa única, sino que la interacción entre variables de persona, familia, sociales y culturales puede facilitar o prevenir la aparición de diferentes tipos de cuadros.

Un esquema sencillo para ilustrar la multifactorialidad de los trastornos psicopatológicos es el siguiente:

Un *persona* con:

- Unas características de personalidad determinadas
- Historia vital propia
- Vulnerabilidad personal determinada

Puede verse afectada por una *situación*:

Interna

- Características genéticas
- Traumatismos, infecciones o en general alteraciones en un ámbito de SN

Externa

- Problemas sociales, familiares, etc.

La mencionada situación puede favorecer la aparición de cuadro. Con todo, ¿hasta qué punto la situación "causa" un cuadro? En caso de que la situación no provoque el cuadro, la pregunta sería: "¿qué variables de personalidad, e incluso ambientales, influyen en su aparición?

No todas las variables influirán del mismo modo; es más, posiblemente la manera de influir de cada variable dependa de los "valores" de las otras. Así, en un símil tomado de la medicina, es fácil entender que una misma bacteria x

puede producir un efecto diferente en una persona sana y con su sistema inmunológico en perfecto estado que en otra persona debilitada por la edad, el tipo de nutrición o la convalecencia de una enfermedad.

Por ejemplo. si todas las situaciones estresantes provocasen indefectiblemente la aparición de brotes de esquizofrenia, después de seis meses de haber empezado el estrés sería realmente fácil erradicar, o al menos mitigar, una enfermedad que afecta a millones de personas en el mundo.

Ante la imposibilidad de establecer causas claras como pueden observarse en disciplinas como la medicina, donde la presencia de un determinado germen implica necesariamente la presencia de una infección, en Psicopatología se usan conceptos como los que describiremos brevemente en la siguiente tabla.

1) *Factores predisponentes*. Serían aquellos aspectos que aumentarían la probabilidad de que apareciese un trastorno. Por ejemplo, determinadas características genéticas.

2) *Factores precipitantes*. Un factor precipitante provocaría, en un individuo predispuesto, la presencia del trastorno. Por ejemplo, una situación de estrés extremo en una persona emocionalmente vulnerable.

3) *Factores mantenedores*. Un factor mantenedor podría definirse como aquel cuya presencia impide la remisión del trastorno. Por ejemplo, mantener a una persona bajo una situación de presión continua.

4) *Factor inhibidor*. Sería aquel que impide la aparición de un trastorno. Por ejemplo, unas determinadas características personales pueden "proteger" a un sujeto ante una situación de estrés agudo que en otra persona acabaría provocando la aparición de un trastorno.

Como puede ver el lector, no hablamos de factores causales propiamente. La identificación de factores de riesgo, vulnerabilidad personal, factores precipitantes, mantenedores e inhibidores puede ser relativamente fácil. Ahora bien, no lo es tanto establecer que A es la causa de B, hecho que equivaldría a decir que hay una relación explicativa, una regularidad y una replicabilidad en condiciones experimentales que no es fácil lograr en Psicopatología.

Obviamente, estos factores pueden ser previstos tanto en un ámbito individual como social, en todas las combinaciones que el lector pueda imaginar.[5]

Según este tipo de combinaciones, puede haber situaciones como que un factor predisponente para una persona pueda ser precipitante para otra, o un factor de mantenimiento para una tercera. De hecho, si la "categorización" de todas las variables que pueden influir en la aparición de Psicopatología ya es difícil, no lo es menos conseguir un consenso, un protocolo común entre investigadores (salvando en muchos casos diferencias sociales y culturales entre comunidades).

- La relación de variables de persona y ambientales (en todas sus dimensiones) que pueden influir en la aparición de un trastorno son prácticamente infinitas.
- La imposibilidad de establecer "causas" únicas se contrarresta con la identificación de diferentes clases de factores que pueden influir en el trastorno.
- Entre estos factores, los más relevantes son los predisponentes, facilitantes, mantenedores e inhibidores.

1.3. Relación entre factores que intervienen en la etiología de los trastornos mentales

En uno de los subapartados anteriores comentábamos que uno de los problemas para el estudio de la etiología de los diferentes cuadros psicopatológicos es la dificultad para consensuar una serie de términos con el objetivo de definir diferentes aspectos y funciones de las variables relacionadas con la aparición de un trastorno mental.

A esta dificultad se han referido Chmura Kraemer y otros (2001)[6] en un artículo en el que reflexionan sobre cómo los diferentes factores (individuales, familiares, sociales y culturales) pueden estar en la base de trastornos psicopatológicos actuando de forma conjunta, tanto si es como factor de predisposición, precipitante como de cualquier otro tipo.

5. Puede encontrar información adicional sobre etiología y epidemiología en psiquiatría en el capítulo 6 del siguiente manual: D. Abella y col. (1981). *Psiquiatria Fonamental*. Edicions 62: Barcelona.
6. H. Chmura, E. Stice, A. Kazdin y D. Offor (2001). "How do risk factors work together? Moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors". *The American Journal of Psychiatry* (núm. 158, junio, pág. 6).

La aportación de estos autores parte del supuesto, recordemos que ya bastante asumido en nuestra disciplina, de la multifactorialidad de los trastornos psicopatológicos. Pero entonces la cuestión que se nos plantea es la siguiente: ¿cómo interactúan los factores entre sí? ¿Qué relación se establece entre dos posibles "causas" para que "aparezca" un trastorno? ¿Se establece siempre el mismo tipo de relación entre los factores?

Chmura considera que en el estudio de la etiología de los trastornos hay que trabajar con la idea de aislar factores de riesgo en general. Aislar factores de riesgo, definirlos operacionalmente y, por tanto, poder llegar a controlarlos ofrece información de gran valor para el investigador.

Pero antes de desgranar las relaciones que se establecen entre los factores, cabe establecer una definición de un concepto que utilizamos.

Entendemos por factor de riesgo aquel aspecto de la realidad que está positivamente relacionado con la aparición de un trastorno. Por ejemplo, la obesidad es un factor de riesgo en determinadas enfermedades coronarias, ya que se ha establecido una relación positiva (normalmente a través de análisis correlacionales) enter las variables peso y enfermedad coronaria.

No obstante, no todo factor de riesgo es necesariamente un factor causal. Pensemos nuevamente en la obesidad: ¿es la causa de las enfermedades coronarias? Todos sabemos que la respuesta es no. La constatación de esta afirmación es fácil, ya que también las personas delgadas pueden padecer enfermedades coronarias.[7]

En cambio, entendemos por factor causal aquel que impediría la aparición del trastorno en caso de no producirse. Si sólo los obesos tuvieran enfermedades coronarias quizá tendríamos que empezar a considerar la obesidad como un factor causal (aunque probablemente habría que analizar otras variables).

Los diferentes tipos de factores de riesgo, establecidos partiendo del tipo de relación que mantienen entre sí, son los que podemos ver en la tabla 3.1.

Para aclarar la exposición, nos referiremos únicamente a relación bifactorial entre un factor X y un factor Y, ambos factores de riesgo de un trastorno T. Os sugerimos que antes de analizar las relaciones entre los factores X e Y, observéis los ejemplos.

---

7. ¿Sería la obesidad un factor predisponente en este caso? ¿Precipitante? ¿Sería tal vez predisponente hasta un determinado peso, y precipitante a partir de éste? De igual modo, la obesidad podría ser un factor mantenedor del riesgo de enfermedad coronaria y acabar provocando lesiones. La solución al dilema no es única, y depende en gran medida del diseño experimental, que a su vez estará influido por el marco teórico al que se adscriba el investigador.

Tabla 3.1. Factores de riesgo según el tipo de relación que mantienen entre sí.

Factores de riesgo		
Factores de riesgo independientes	• X e Y no correlacionan. • X e Y son codominantes respecto a T. • X e Y no tienen una relación de precedencia en el tiempo.	**Ejemplo:** imaginemos que el sexo masculino (A) y vivir en determinada zona geográfica (B) son factores de riesgo para la aparición de trastornos de ansiedad (T). Como podemos ver, no hay precedencia temporal entre A y B, ni correlación aparente entre ser hombre y vivir en una zona determinada. Ambos son factores de riesgo, pero no mantienen ninguna relación entre sí. Son factores de riesgo independientes que cuando aparecen juntos aumentan la probabilidad de que se observe un trastorno.
Factores de riesgo próximos	• X e Y correlacionan. • X domina a Y. • X e Y no tienen relación de precedencia y, si ésta existe, X precede a Y.	**Ejemplo:** imaginemos que se ha establecido que el nivel socioeconómico familiar (X) está relacionado con la aparición de trastornos del estado de ánimo (T). ¿Qué queremos decir realmente? Quizá nos refiramos a la renta familiar (Y1), a los gastos en educación (Y2), a las condiciones higiénicas y sanitarias familiares (Y3) y al tipo de alimentación (Y4). Cada uno de estos "subfactores" (hasta Yn) se configura como un factor de riesgo próximo del factor de riesgo general, que sería el nivel socioeconómico.
Factores de riesgo superpuestos	• X e Y correlacionan. • X e Y son codominantes respecto a T. • X e Y no tienen relación de precedencia.	**Ejemplo:** imaginemos que una persona obtiene una puntuación alta en la escala de depresión X. Pero esta persona también obtiene una puntuación alta en la escala de ansiedad Y. Los dos factores de riesgo (la puntuación alta en depresión en X y la puntuación alta en ansiedad en Y) "son obtenidos" a partir de pruebas diferentes, pero ambas puntuaciones, tomadas por separado, son considerables factores de riesgo en relación con el suicidio (T). Tendríamos, por tanto, un caso de encabalgamiento entre factores de riesgo respecto al suicidio (T).
Factores de riesgo mediadores (Y como variable mediadora de X)	• X e Y correlacionan. • El valor de Y determina cómo X afecta a T. • X precede a Y.	**Ejemplo:** un ejemplo muy gráfico de este tipo de interacción entre factores de riesgo es lo que Chmura y otros (2001) plantean en su artículo. Es fácil concluir que en una persona VIH negativa, adicta a drogas por vía parenteral (X1) y/o que mantenga relaciones sexuales de riesgo (X2) vea amenazada la posibilidad de desarrollar el SIDA (T) por la presencia de una variable que en este caso sería VIH positivo (Y). Así, si esta persona nunca se inyecta con un jeringuilla infectada o no mantiene relaciones sexuales de riesgo con personas VIH positivas, probablemente nunca desarrolle SIDA.

Factores de riesgo		
Factores de riesgo moduladores (X como variable moduladora de Y)	• X e Y no correlacionan. • X domina a Y. • X precede a Y.	**Ejemplo:** pensemos que nos planteamos qué variables pueden preceder o influir en el desarrollo de un trastorno de la alimentación como la anorexia (T). Podemos considerar el sexo femenino (X) como un "factor de riesgo" y unas determinadas vivencias en la pubertad (Y) como otro factor de riesgo. Obviamente, vemos que hay una precedencia de X (nacer mujer) sobre Y (llegar años después a la pubertad), y que ambos factores parecen relacionarse con la aparición de anorexia (T). El sexo, en este caso (X), modera el efecto de las vivencias en la pubertad (Y), ya que las mujeres, en mayor proporción que los hombres, desarrollan más la enfermedad, aunque las vivencias de unos y otros puedan ser similares durante la pubertad.

La descripción de las diferentes relaciones que pueden producirse entre variables, entre factores de riesgo, no se ha llevado a cabo con la finalidad de que el alumno de psicopagología las "aprenda", sino como muestra del hecho de que llegar a establecer las bases etiológicas de los trastornos mentales puede llegar a ser muy difícil.

No obstante, tal como seguramente debéis de pensar, la realidad no es tan fácilmente parametrizable como las relaciones hipotéticas que se establecen entre dos factores. El problema de la multicausalidad persiste, ya que en la vida real no existen sólo X e Y, sino que se despliegan todas las letras del alfabeto en diferentes combinaciones, lo cual dificulta en gran manera el estudio y la identificación del papel de cada factor.

Tal como hemos apuntado en otro apartado de este núcleo, desde el punto de vista de la demanda de atencion, de coste-beneficio (a corto plazo) e incluso desde una óptica estrictamente empresarial, el trabajo clínico y de investigación parece centrarse más en los acabados de la gran casa de la disciplina que en asegurar pieza a pieza los cimientos que la sustentan.

La pregunta que dejamos abierta es: ¿cómo llegaremos a comprender, interpretar e intervenir con eficacia sobre los diferentes cuadros psicopatológicos si realmente no sabemos lo que los produce?

Obviamente, la sociedad pide soluciones a corto plazo para ayudar a aquellas personas que padecen cualquier tipo de trastorno mental.[8] No obstante, no podemos dejar de pensar que el edificio del saber psicopatológico no estará completo hasta que no hayamos asegurado sus cimientos.

2. Aportaciones desde los modelos teóricos al estudio de la etiología de los trastornos mentales

2.1. Aportaciones desde los modelos biologicistas

En las ciencias de la salud y, más concretamente, en el estudio de la etiología de los trastornos, se tiende a establecer una taxonomía que, aceptada en mayor grado, desde las diferentes perspectivas teóricas, sí que se hace en la inmensa mayoría de manuales de Psicopatología.

Esta distinción se hace entre los factores biológicos, también denominados en algunos textos *bases biológicas*, y los factores psicosociales, tanto individuales como sociales.

Con un estado de ánimo optimista, más basado en un deseo de lograr delimitar "la causa" de los trastornos mentales que en la evidencia científica, los factores biológicos también se denominan *causales*, en tanto que los factores psicosociales son denominados *motivos*.

Obviamente, entre los efectos psicosociales hay que tener en cuenta los relativos a variables individuales o ambientales. Eso, si consideramos que muchas de las variables individuales se relacionan necesariamente con aspectos "somáticos" (genética, procesos fisiológicos, etc.), establece un encabalgamiento difícilmente eludible entre los factores biológicos y los psicosociales.

8. Actualmente, y gracias a la tecnología, es más fácil que hace unos años realizar estudios exhaustivos controlando gran cantidad de variables de diferentes cuadros. La facilidad en las comunicaciones y la voluntad de cooperación, tanto en el ámbito europeo como en el mundial, abren puertas a un trabajo sinérgico entre diferentes instituciones, adoptando protocolos comunes para la sistematización de los datos y un mejor aprovechamiento de éstos en tareas de investigación. Desgraciadamente, el trabajo es ingente y el proceso largo, de manera que los resultados no suelen ser tan rápidos como la sociedad desearía.

El modelo biologista ha realizado importantes aportaciones al estudio de la etiología de los trastornos psicopatológicos desde distintas áreas de estudio. Entre las más destacadas tenemos las siguientes:

Tabla 3.2.

Ciencia	Objetivos	Hallazgos
Genética	Estudiar la transmisión de los rasgos hereditarios.	El desarrollo de los trabajos sobre el genoma humano abre la puerta a hallazgos potenciales relacionados con la etiopatogenia. Los hallazgos realizados hasta la fecha se han basado, en gran parte, en el estudio de predisposiciones hereditarias para diferentes tipos de trastornos.
Neurofisiología y neuroanatomía	El objetivo de la neurofisiología y de la neuroanatomía es el estudio de la organización y funcionamiento cerebral.	Entre las aportaciones más relevantes estaría la configuración del "mapa cerebral", con las implicaciones que para la localización de los trastornos psicopatológicos éste puede tener. Algunas de las localizaciones más características son las siguientes: Hipotálamo como regulador de las emociones y su expresión. Sistema límbico implicado en la memoria, afectos y motivación, así como en la conciencia de las emociones. Sistema reticular ascendente como modulador de la actividad cortical (sueño-vigilia). Lóbulo prefontal como modulador de funciones superiores.
Neuroquímica	Su objetivo es el estudio del funcionamiento químico cerebral.	Entre las aportaciones más notables a la etiopatogenia, estarían los diferentes trabajos sobre los efectos de una mayor o menor presencia y actividad de determinados neurotransmisores en trastornos como la esquizofrenia o la depresión.
Psicofarmacología	Objetivo basado en el estudio de la acción farmacológica de los fármacos psicótropos.	Estudiando el efecto de determinados medicamentos, se han postulado algunas "causas". Así, por ejemplo, si un medicamento inhibe la absorción de serotonina y eso mejora la depresión, se puede considerar que unos niveles bajos de serotonina en el espacio sináptico son un factor determinante de la depresión.
Anatomía patológica	Tiene como objetivo el estudio de lesiones microscópicas y macroscópicas.	Aunque se han hecho muchos estudios en cerebros de enfermos mentales, no parecen haberse obtenido resultados concluyentes.
Neuropsicología	Trata de establecer las relaciones entre los procesos psicológicos básicos y las diferentes áreas del cerebro implicadas.	El estudio de las alteraciones a diferentes niveles y de distinta naturaleza de los procesos psicológicos básicos puede ayudar a "localizar" las áreas del cerebro que pueden relacionarse con determinados trastornos (tiene un papel muy importante la labor de los neuropsicólogos, tanto en un ámbito de evaluación como de intervención).

Adaptada de J.Poch (1988).

Sin duda, el modelo biologista ha hecho importantes contribuciones al estudio de la etiología de diferentes trastornos mentales. Es posible que en la era del genoma humano estos resultados puedan llegar a ser más concluyentes de lo que son ahora. Pero también es cierto que hay pocos biologicistas que lleguen al reduccionismo de pensar que desde ese modelo se pueden identificar todos los factores que influyen en la enfermedad mental.

De ese modo, considerar que la etiología de los trastornos psicopatológicos tiene una base exclusivamente orgánica chocaría frontalmente con la realidad del hecho de que aún se ignoran las causas biológicas de todos ellos (a excepción de los trastornos exógenos).

Otro aspecto que refutaría la idea de una base estrictamente biológica sería la propia realidad clínica, en la que muchas veces el profesional "ve" la asociación entre la presencia o exacerbación de un trastorno y una determinada situación ambiental.

Por ejemplo, es muy habitual que entre pacientes esquizofrénicos se produzcan descompensaciones ante situaciones de crisis en sus entornos inmediatos: muertes, separaciones, problemas legales, etc. Pero también hay que tener en cuenta el efecto que sobre el estado del paciente puede tener el hecho de que ante situaciones como las mencionadas deje de tomar la medicación como fruto de la desestructuración de su entorno más cercano.[9]

- En etiología de los trastornos mentales se tiende a separar los factores biológicos de los psicosociales.
- Desde el modelo biologicista se han hecho importantes aportaciones al estudio de la etiología, básicamente de trastornos como la esquizofrenia y la depresión.
- El modelo biologicista no puede explicar por sí mismo "por qué" se produce el trastorno mental.

9. Para más información puede consultar los siguientes textos: V. Ivanov (1991). "Biological Bases. Cerebrum and Behaviour". En: A. Seva (ed.). *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health* (pág. 51-62). Rubí: Anthropos, Editorial del Hombre; M. Tamparillas y A. Gascón (1991). "Genetic Considerations in Mental Disorders". En: A. Seva (ed.). *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health* (pág. 63-79). Rubí: Anthropos, Editorial del Hombre; H. Laborit (1991). "Animal Experimentation in Psychiatry". En: A. Seva (ed.). *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health* (pág. 134-141). Rubí: Anthropos, Editorial del Hombre.

2.2. Aportaciones desde el psicoanálisis y los modelos dinámicos

Cuando hablamos de la etiología de los trastornos mentales no podemos eludir la importancia que han tenido el psicoanálisis y los modelos dinámicos, tanto desde el punto de vista teórico como desde el clínico.

La forma en que cada modelo conceptualiza la etiología de los trastornos está muy relacionada con la percepción y definición del concepto de enfermedad.

En el modelo dinámico, el concepto de enfermedad está íntimamente ligado a la propia teoría de desarrollo de la personalidad. A causa de la complejidad del modelo, desde el psicoanálisis freudiano hasta las corrientes más recientes nos centraremos únicamente en el psicoanálisis.

La teoría de la personalidad de Sigmund Freud es una de las más completas y elaboradas que se han desarrollado nunca. Básicamente, Freud construye su teoría desde seis perspectivas diferentes, en distintos momentos de su obra.

- *Topográfica*. Con la introducción de conceptos como *consciente*, *preconsciente* e *inconsciente*.
- *Económica*. Con la descripción de conceptos com el *principio del placer* y el *principio de realidad*.
- *Estructural*. Con la configuración de estructuras como el ello, el yo y el superyo.
- *Dinámica*. Basada en la interacción de fuerzas inconsciente como el eros (pulsión de vida) y el tánatos (pulsión de muerte).
- *Genética*. Estableciendo el origen y desarrollo de la personalidad en diferentes fases (oral, anal, fálica, latencia y genital).

Así, para Freud, las motivaciones básicas del hombre, las fuerzas que lo mueven, serían el eros (pulsión de vida, pulsión sexual) y el tánatos (tendencia a la destrucción, a la muerte). Estas fuerzas son moduladas por la sociedad, que impide que se puedan expresar en toda su dimensión. Esta dificultad para lograr una satisfacción inmediata de los deseos sexuales y de los impulsos agresivos se resuelve a través de la construcción de defensas y fantasías para poder satisfacerlos, aunque sea de manera simbólica. Las defensas tienen como objeto mantener al sujeto alejado de la ansiedad que generaría no poder satisfacer sus necesidades, y a la vez mantiene un cierto orden social, regulando y conteniendo las tendencias instintivas de sus miembros.

Para autores como Maddi's (1989), el punto central de la teoría de personalidad de Freud sería precisamente la presencia de conflictos inconscientes entre los impulsos sexuales y agresivos de los individuos y el control que la sociedad ejerce sobre ellos.

Por tanto, unos mecanismos de defensa adecuados que permitan al sujeto no experimentar ansiedad ni frustración y que favorezcan la satisfacción de las necesidades de una forma socialmente aceptable serán la base de una personalidad sana.

Pero entonces, ¿cómo aparece el trastorno? ¿En qué se basan las diferencias entre las personas? Freud defiende que el desarrollo de la personalidad, íntimamente ligado al de la sexualidad por sus diferentes etapas, oral, anal, fálica, latencia y genital, está en la base de posibles conflictos posteriores.[10]

Según Prochaska (1994), las vivencias de cada persona durante las etapas de su desarrollo están en la base del desarrollo de diferentes cuadros psicopatológicos. Así, si una persona no llega hasta la fase genital de su desarrollo psicosexual, puede ser porque se han producido unas fijaciones inadecuadas en alguna de las fases anteriores. Esas fijaciones darán lugar a un tipo de personalidad determinado. Con todo, también es posible que determinadas personas hayan experimentado conflictos en diversas fases, de modo que el tipo de conflicto que en la edad adulta puedan mostrar sea una mezcla de las características de esas fases.

Desde la teoría psicoanalítica freudiana se postula, por tanto, que la no superación de determinados conflictos en el desarrollo personal, con las consiguientes fijaciones y regresiones, pueden hacer más vulnerable a la persona ante acontecimientos críticos de su entorno. Las energías que la persona emplea en movilizar unas defensas inmaduras no serán suficientes para enfrentarse a la situación potencialmente precipitante de un trastorno.

Ante una situación de crisis vital como una separación, la muerte de un ser querido o una enfermedad, la persona puede reaccionar reviviendo desde el punto de vista inconsciente conflictos no superados durante su desarrollo. Se darán en la persona respuestas inmaduras, infantiles e incluso de inhibición y desintegración cuando se den cuenta de que no pueden superar la situación.

---

10. J.O. Prochaska y J.C. Norcross (1994). *Systems of Psychotherapy. A transtheoretical analysis*. California: Brooks/Cole publishing. En 2002 está prevista la publicación de la 5ª edición del manual.

El síntoma en los trastornos sería un elemento que ayudaría a la persona a defenderse de deseos y conflictos inconscientes vividos durante la infancia, y puede llegar a ser una expresión de deseos inaceptables.

El grado de elaboración de la obra de Freud y de los diferentes autores que de forma más o menos ortodoxa han continuado su obra contrasta con las dificultades para tratar trastornos como la esquizofrenia o los estados paranoides.

Para algunos autores, estas hipótesis etiológicas se basan más en inferencias que en trabajo científico empíricamente contrastable.[11]

- Desde los modelos dinámicos, la etiología está estrechamente ligada al desarrollo de la personalidad en los primeros años.
- Determinadas situaciones pueden evocar, inconscientemente, conflictos no superados en la infancia.

2.3. Aportaciones desde los modelos cognitivoconductuales

Al hablar de la etiología de los trastornos mentales desde la perspectiva cognitivoconductual, tenemos serias limitaciones por la propia naturaleza del modelo.

No hay un modelo cognitivoconductual único para explicar la etiopatogenia de los trastornos mentales.

Si nos centramos exclusivamente en el modelo conductual, ya no podemos establecer una mala relación entre los estímulos del ambiente y las respuestas del sujeto. Así, y a diferencia del psicoanálisis, la Psicopatología se describiría más dependiente de respuestas inadecuadas ante el ambiente que ligadas a conflictos internos.

No obstante, desde sus orígenes, el modelo conductista ha ido evolucionando y hoy día los modelos cognitivoconductuales ofrecen hipótesis razonadas y razonables, de modo que hay gran cantidad de terapeutas que trabajan siguiendo los presupuestos del modelo cognitivoconductual.

---

11. Para más información puede consultar los siguientes textos: J.O. Prochaska y J.C. Norcross (1999). "Psychoanalytic Therapies". *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis* (pág. 25-35). Pacific Grove, California: Brooks/Cole Publishing Company; J. Gutiérrez Maldonado. "Patología del temperamento y la personalidad". Universidad de Barcelona.

En relación con la etiopatogenia de los diferentes cuadros, los modelos cognitivoconductuales se basan en una serie de premisas (A. Bados, 2000).

Los factores orgánicos y genéticos no son ignorados, sino previstos como limitaciones estructurales sobre las que operan los factores de aprendizaje. Estos últimos, por diferentes mecanismos de refuerzo, inciden sobre la conducta.

Se infiere que la mayor parte de conductas consideradas inadecuadas (y que según su frecuencia, intensidad y duración pueden constituir un trastorno psicopatológico) se adquieren, se mantienen y cambian según los mismos principios de las conductas adecuadas. Es decir, ambas conductas se inscriben en la historia del aprendizaje de cada persona, incluyendo los condicionamientos clásicos y operantes, el modelaje, la transmisión de información y los procesos cognitivos implicados en ellos.

Pese a lo que acabamos de decir, desde los modelos conductuales se postula que no todas las conductas consideradas patológicas y que pueden formar parte de trastornos psicóticos, autistas, maniacodepresivos, etc., son fruto del aprendizaje. En esos casos, el modelo conductual considera que el modelo no puede ofrecer ni una explicación ni un paradigma de intervención suficiente.

Este reconocimiento de incapacidad para tratar determinados tipos de cuadros sobre los que se apunta que pueden tener unos importantes correlatos biológicos es un aspecto muy positivo, ya que tan importante es que un modelo pueda explicar la etiología, en este caso, de determinados trastornos, como que sepa reconocer su incapacidad para explicar su etiología. Respecto a los trastornos como los mencionados, cuando ya se ha reducido su sintomatología más aguda, el modelo cognitivo-conductual tiene una gran utilidad terapéutica.

Imaginemos un joven en un centro por un brote psicótico. El joven presenta alucinaciones auditivas, se muestra aislado e inhibido y reacciona de forma desairada ante cualquier tipo e intento de aproximación por parte del personal del centro. En un primer momento, la administración de neurolépticos está indicada para reducir su agitación. Puede ser que en pocos días el joven se pueda mostrar colaborador ante un programa de intervención para mejorar sus habilidades sociales y dotarlo de más autonomía y seguridad en sus relaciones personales (posiblemente contribuyamos a prevenir recaídas).

Pese a lo que hemos apuntado hasta ahora sobre las limitaciones que el modelo cognitivoconductual parece tener para establecer, desde su teoría, la etiología de los trastornos mentales, hay una teoría de la personalidad desarrollada

desde 1957 por Albert Ellis que ofrece un modelo completo para explicar la aparición de Psicopatología.

Para trabajar la contribución a la etiopatogenia desde los modelos cognitivo-conductuales, nos basaremos en una de las teorías más elaboradas desde este modelo. Nos referimos a la teoría racional emotiva de Ellis, también denominada *teoría ABC*.

2.3.1. Teoría de la Psicopatología desde el modelo racional de Albert Ellis

Albert Ellis nació en 1913. Pese a haberse iniciado en el estudio del psicoanálisis, encaminó gradualmente sus pasos hacia la creación de una teoría de la personalidad que, pese a su aparente simplicidad, ha tenido y tiene un gran impacto tanto en el ámbito de investigación como en el del trabajo aplicado.

Su teoría se denomina habitualmente *teoría ABC*, donde A serían los acontecimientos activadores, B las creencias y pensamientos del individuo y C las consecuencias de éstos en la realidad inmediata.

De la inadecuación del conjunto de creencias (B) es de donde proviene la mayoría de los problemas mentales, y por ello Ellis, durante el trabajo terapéutico, enfrentaba al cliente con estas distorsiones, con sus pensamientos irracionales sobre él y su entorno.

Fijémonos en que, en la mayor parte de los modelos, se parte del supuesto de que son los acontecimientos externos lo que, de forma más o menos directa, pueden incidir en la aparición o mantenimiento de un trastorno. Es decir, las consecuencias están directamente relacionadas con los "estímulos" y con las variables ambientales. En el caso de la teoría de Ellis, la interpretación que hacemos de los acontecimientos es la variable que puede contribuir a provocar un trastorno.

En el caso de la teoría de Ellis, el modelo clásico del conductismo E-R se ve transformado en E-O-R, en el que la variable "organismo", interpretada por Ellis como las creencias (la B de su modelo), juega un papel muy importante y, en algunos casos, definitivo en la presencia o no del trastorno.

Así, según el conjunto de creencias, moduladas éstas durante la historia vital de aprendizajes, una persona puede vivir un acontecimiento determinado (A)

de forma muy diferente a las demás personas de su entorno. Como vive e interpreta el acontecimiento de manera diferente, también su respuesta (C) será diferente.

De este modo, para Ellis el modelo ABC puede explicar gran parte de los problemas psicopatológicos, partiendo del hecho de que determinadas personas tienen un sistema de creencias poco adecuadas para enfrentarse a acontecimientos de la vida cotidiana. Estas personas ofrecerían respuestas inadecuadas que, si se repitiesen con la suficiente frecuencia, intensidad y duración, pueden ser consideradas un trastorno.[12]

Pero ¿cuáles son las creencias irracionales que "filtrando" la percepción del acontecimiento (A) pueden influir en la acción o en la consecuencia de ésta para el sujeto?

Ellis considera que, entre los pensamientos irracionales más comunes, están los siguientes:

- La confusión entre deseos y necesidades. Determinadas personas tienden a hacer una necesidad de lo que en su origen es un deseo. La no satisfacción de un deseo es asumible, pero la no satisfacción de una "necesidad" se puede vivir con mucha ansiedad.
- La creencia de que no podemos "soportar" determinados aspectos de la vida, cuando en realidad la mayor parte de las situaciones de la vida no son "soportables" o "insoportables" por sí mismas, sino por nuestra actitud ante ellas.
- Que hemos de ser queridos y respetados por todas las personas con las que convivimos o trabajamos.
- Que la felicidad o no de las personas viene determinada "desde fuera" y que nosotros no tenemos capacidad de modificar las situaciones que nos hacen felices o infelices.
- Que es terrible cuando las cosas no suceden como deseamos.
- Que nuestra valía como persona viene determinada por nuestros éxitos o fracasos, o por rasgos como la inteligencia, el atractivo físico o la capacidad para los negocios.

12. Para ampliar información sobre la teoría de Albert Ellis, consultad el siguiente sitio web: Albert Ellis Institute (http://www.rebt.org/).

Las creencias irracionales que van asociadas a actitudes disfuncionales tienen una serie de elementos en común. Las más relevantes son:

- Rigidez e inflexibilidad, con formulaciones como "tendría que..." o "he de...".
- Absolutistas, rotundas y excluyentes, con formulaciones como "es imprescindible que...", "si no lo logro ahora, jamás seré...", etc.

Obviamente, todos sabemos que en determinadas situaciones críticas de la vida, puede ser adecuado mantenerse en un estado de tensión elevado, como elemento motivador para alcanzar un objetivo (conseguir una meta, perseverar en el esfuerzo, lograr un título, etc.). Ahora bien, el problema surge cuando las creencias irracionales se generalizan en diversas facetas y aspectos de la vida, y se acaba jugando una "final" cada día. Como se diría en argot deportivo, "el desgaste acaba pasando factura".

Una situación patológica o, al menos, que puede predisponer a sufrir un trastorno mental, se daría con el siguiente proceso:

- Un acontecimiento A, una vez "filtrado" y elaborado según las creencias irracionales de una persona, da lugar a una consecuencia negativa.
- A su vez, esta consecuencia negativa actúa como acontecimiento (A) que, a la vez, se vuelve a "filtrar", dando lugar a una consecuencia negativa acaso de orden mayor.
- El proceso seguiría hasta que se cortase la retroalimentación en el trabajo terapéutico.

Una de las aportaciones en la etiología más optimistas es, precisamente, la de Ellis. Así, a diferencia de lo que sucede en modelos como el biológico y el psicoanalítico, en el caso del modelo cognitivoconductual la persona puede "modular" su respuesta, hacer un esfuerzo consciente para neutralizar las creencias e ideas irracionales y enfrentarse a la vida de otro modo. En el caso de los modelos psicoanalíticos y biológicos, la persona tiene menos capacidad de influir sobre su entorno, ya que internamente está predispuesta (sea por su dotación genética o por sus primeros años de vida) a sufrir o no un trastorno.[13]

13. Para más información puede consultar el texto siguiente: J.O. Prochaska y J.C. Norcross (1999). "Cognitive Therapies". *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis* (pág. 313-319). Pacific Grove, California: Brooks/Cole Publishing Company.

Enfoque cognitivo-conductual

Este enfoque, conocido también como modificación de conducta cognitiva, viene ejemplificado por las investigaciones publicadas en la revista *Cognitive Therapy and Research y* engloba, en realidad, diferentes posiciones entre las que se cuentan las de Beck, Ellis y Meichenbaum.

Las *distintas posiciones* comparten los siguientes *supuestos básicos*:

– *Énfasis del papel de las cogniciones en la explicación del comportamiento* humano. Dentro de las cogniciones pueden considerarse los productos (pensamientos, imágenes), los procesos (atención, percepción, interpretación, retención, recuperación, inferencia, razonamiento, generalización) y las estructuras cognitivas (creencias, valores).

– Se considera que *no son los acontecimientos per se los responsables de la conducta y las emociones, sino las expectativas e interpretaciones* de dichos acontecimientos y las *creencias* relacionadas con los mismos.

– La tarea del terapeuta es la de evaluar los fenómenos cognitivos desadaptativos y después *organizar experiencias de aprendizaje que alteren las cogniciones y los patrones afectivos y conductuales* con los que estas correlacionan.

– *Finalmente*, se emplean *también los procedimientos ligados a los otros enfoques conductuales* con la finalidad de conseguir un cambio cognitivo y conductual.

Meichenbaum y Cameron (1982) han observado que las diferencias entre las distintas posiciones son al menos tan acusadas como las similitudes. Así, afirman que hay *diferencias en*:

– los fundamentos teóricos,
– los aspectos cognitivos enfatizados,
– los procedimientos de intervención propuestos,
– la justificación del tratamiento ofrecida a los clientes,
– el estilo de intervención, y
– el énfasis puesto en el empleo de técnicas conductuales.

Volviendo a las similitudes, el enfoque cognitivo-conductual subraya la importancia de los factores cognitivos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta. Percepciones, interpretaciones, expectativas, atribuciones, imágenes, autodeclaraciones, creencias, supuestos implícitos sobre el mundo, estrategias cognitivas de resolución de problemas, etc. son considerados los mediadores básicos de los problemas del cliente y los determinantes del cambio terapéutico.

Los *factores cognitivos no son directamente observables*, pero la metodología científica de este enfoque exige que estén ligados a eventos públicamente observables (anteceden-

tes y consecuentes) y que *estén definidos de una manera precisa* para poder ser sometidos a prueba sin ambigüedades.

En cuanto a los *procedimientos cognitivo-conductuales* específicos pueden considerarse los siguientes: entrenamiento autoinstruccional, reestructuración cognitiva (verbal y mediante experimentos conductuales), resolución de problemas."

A. Bados. "Esquema de los presupuestos generales de la perspectiva cognitivo-conductual"

- No hay un único modelo cognitivoconductual que explique la etiología de los trastornos mentales.
- Una de las teorías cognitivas con mayor implantación, y que ofrece una aproximación a la etiología de los trastornos, es la de A. Ellis.
- La retroalimentación entre acontecimientos y consecuencias negativas interpretadas ante creencias irracionales (B) puede originar la aparición de trastornos.

2.4. Aportaciones desde el modelo sistémico

Según Feixas y Miró (1993), una de las características más relevantes de los modelos sistémicos es el hincapié que hacen en la importancia del papel de los sistemas sociales e interpersonales. Así, la comprensión de la conducta de un miembro de un sistema de relación determinado, como puede ser la familia, no está completa si no se tienen en cuenta todos los vínculos y relaciones que éste mantiene con todos y cada uno de los miembros del grupo, por separado y con el grupo total.

Para Feixas y Miró (1993), un sistema es "un conjunto de elementos dinámicamente estructurados, cuya totalidad genera unas propiedades que, en parte, son independientes de las que tienen sus elementos por separado".

2.4.1. Características de los modelos sistémicos

Un sistema, por ejemplo, el familiar, tiene una serie de propiedades que, según su naturaleza, pueden estar en la base del inicio o del mantenimiento de diferentes tipos de trastorno.

Veamos algunas de las características más relevantes de un sistema familiar, y su posible relación con situaciones que pueden ser disfuncionales (y, por tanto, potencialmente provocadoras o facilitadoras de trastornos psicopatológicos varios).

1) Apertura

Un sistema familiar es un sistema abierto en el que las reglas del grupo, del sistema, son en gran manera independientes de aquellas que regirían el comportamiento de cada uno de sus miembros por separado.

Una situación disfuncional sería la de un grupo familiar donde hubiera una identificación de las reglas del grupo con las reglas propias de cada uno de sus miembros. Esta situación afectaría tanto a la expresión individual de cada uno de sus miembros como al intercambio de información que el grupo realiza con el exterior.

2) Estructuración

Un grupo familiar tiene una estructura que puede variar en gran manera entre grupos. Así, en la familia se establecen unos "límites" que definen el tipo de relación que se da entre los miembros, las obligaciones y privilegios y, en definitiva, las reglas.

Por ejemplo, Algunas de las reglas más habituales son que los niños no deben participar en las discusiones de los padres o que los hermanos mayores gozan de privilegios sobre los más pequeños. Muchas veces oímos, tanto en los medios de comunicación como en conversaciones informales, argumentos como éstos: "hay que poner límites a los niños" o "no está acostumbrado a que le pongan límites". Este tipo de argumento hace referencia al papel del grupo familiar como transmisor de normas sociales de comportamiento, en definitiva, de aprender a "respetar las reglas del juego".

La situación de disfuncionalidad se daría cuando no hubiese reglas claras y definidas dentro del grupo y éste estuviera regido con las reglas arbitrarias de uno de sus miembros, o bien si funcionase sin ningún tipo de regla preestablecida.

Otra situación disfuncional y potencialmente provocadora de trastorno se denomina *triangulación*. En ese caso, lo que pasa es que los problemas de dos miembros del grupo pueden acabar involucrando a un tercer miembro. De este modo, el problema de base se perpetúa, pudiendo, incluso, agravarse.

Pensemos, por ejemplo, en una familia en la que los dos progenitores mantienen una relación tensa y distante. En vez de centrarse en solucionar su relación, pueden preocuparse por los horarios de llegada del hijo adolescente de la familia y de su actitud rebelde. Puede que en la base de la actitud rebelde y cargada de resistencia del hijo esté el conflicto entre sus padres, que crea continuamente un estado de tensión en el domicilio familiar no muy propenso a la reflexión y al diálogo.

3) Interdependencia

Los miembros de un sistema se relacionan influyéndose con mecanismos de retroalimentación tanto positiva como negativa. No se trata de relaciones causales entre los miembros del grupo, sino de influencia recíproca entre ellos.

4) Regulación

Esta característica hace referencia a que la forma de relacionarse en el grupo suele ser estable y tiende al equilibrio. Se intenta, por tanto, que el grupo permanezca unido, de modo que cualquier cambio o desequilibrio tiende a ser neutralizado.

Una situación conflictiva se puede dar cuando uno de los miembros intenta modificar las reglas que hasta entonces imperaban en el grupo y, de ese modo, modificar su estatus de miembro del grupo o las estrategias de interacción con el mismo.

En una familia en la que uno de los hijos empieza a mostrarse inhibido y poco abierto a la comunicación, la reacción del resto de miembros puede ser la de intentar asegurar un aumento de las interacciones con este miembro o llamar su atención, ya que ha "desequilibrado" el nivel habitual de comunicación.

5) Adaptación al cambio

El grupo familiar ha de tener suficiente plasticidad como para llegar a adaptarse a los cambios que indefectiblemente se irán sucediendo. Así, el nacimiento de nuevos miembros, la muerte de otros, las separaciones, divorcios o emancipaciones obligarán al grupo a reequilibrarse.

Ejemplo

Después de dar a luz a Carlos, Miguel y Ana se sienten desorientados. Hasta entonces, tenían la libertad de disponer de su tiempo y planificar salidas y viajes. La paternidad recién estrenada les provoca una ambivalencia que pasa de la ilusión y la alegría por tener a Carlos entre ellos a la nostalgia de la libertad que tenían hasta entonces. Poco a poco, Miguel y Ana tendrán que irse adaptando a su nueva condición para reorganizar el grupo familiar.

6) Comunicación

Ésta es una de las características más importantes y, de alguna manera, subyacente a todas las anteriores.

Algunos de los principios básicos de la comunicación para el modelo sistémico son los siguientes:

- Los miembros del grupo se comunican continuamente.
- En toda comunicación dentro del grupo hay elementos de contenido (normalmente verbales) y elementos relacionales (suelen ser comportamientos no verbales).
- La incongruencia entre niveles de comunicación (de contenido y relacional) da lugar a mensajes paradójicos.
- La comunicación puede ser simétrica o complementaria. En una relación simétrica, cualquier miembro del grupo puede comunicarse con quienes le parece oportuno. En la relación complementaria, uno de los miembros está en una posición superior respecto al otro.

Las disfunciones en la comunicación, en el marco del grupo, es uno de los pilares que desde el modelo sistémico explicarían la aparición de Psicopatología.

Así, un fenómeno como el doble vínculo postulado por Bateson (1952) se ha considerado, desde el modelo sistémico, como propiciador o mantenedor de problemas psicopatológicos tan graves como la esquizofrenia.

En el doble vínculo hay una incongruencia entre los niveles de comunicación de contenido y relacional, o lo que es lo mismo en este caso, “verbal” y “no verbal”. Esta incongruencia facilitaría la aparición de sentimientos de inadecuación, incomprensión y angustia.

Ejemplo

Un joven que estaba ingresado en un centro psiquiátrico para recuperarse de un brote psicótico fue visitado por su madre en el hospital. Cuando la vio se puso muy contento, e impulsivamente puso las manos sobre los hombros de su madre y fue a darle un beso. Pero justo en ese momento notó que la madre se ponía rígida y que no respondía al abrazo con el afecto que el joven esperaba. Cuando se separó de la madre, ésta se quedó mirando al joven y le dijo: "Cariño, ¿no le das un abrazo a tu madre?" Él se la quedó mirando confuso, y ésta sólo dijo: "No debes sentirte avergonzado de tus sentimientos". El joven sólo pudo estar con la madre un breve espacio de tiempo. Después de que ella se marchara se mostró agitado y agresivo, por lo cual tuvo que ser medicado.

Ejemplo adaptado de Prochaska (1994).

Desde el modelo sistémico, la Psicopatología de uno de los miembros del grupo parece equilibrar la homeóstasis interna de este grupo. Así, cuando el equilibrio de un sistema o grupo familiar se ve afectado, uno de sus miembros puede desarrollar una enfermedad, provocando así cambios en el funcionamiento familiar que devuelvan el equilibrio perdido.

De ese modo, cuando uno de los miembros de una familia "mejora" su estado psíquico, no es extraño que otro pueda empeorar, quizás porque la aparición del primer cuadro en uno de los miembros venía a equilibrar una situación de inestabilidad en el sistema. La remisión del trastorno puede volver a desequilibrar el grupo.[14]

"**Características de los modelos sistémicos**

Son las siguientes (Feixas y Miró, 1993, 256; Foster y Gurman, 1985/1988, 475; Kendall y Norton-Ford, 1982/1988, 220):

1) *Enfatizan el papel de los sistemas sociales o, más exactamente, interpersonales*. Para entender la conducta y la experiencia de un miembro de un sistema (p.ej., la familia), hay que *considerar las del resto de sus miembros*. Según Feixas y Miró (1993, 256), *un sistema es un conjunto de elementos dinámicamente estructurados, cuya totalidad genera unas propiedades que, en parte, son independientes de aquellas que poseen sus elementos por separado*. Por tanto, para comprender un sistema, hay que considerar elementos, las

14. Véase G. Feixas y M.T. Miró (1994). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Ed. Paidós; Para más información podéis consultar el siguiente texto: J.O. Prochaska y J.C. Norcross (1999). "Communications Systems Therapy". *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis* (pág. 351-354). Pacific Grove, California: Brooks/Cole Publishing Company.

propiedades y comportamiento de éstos, la interacción entre los mismos y las propiedades de la totalidad.

2) Los *sistemas*, tales como las familias y los grupos, tienen varias *propiedades*:

a) *Sistema abierto*. Las normas de funcionamiento del sistema son en parte independientes de las que rigen el comportamiento de cada miembro. Además el sistema es abierto en tanto intercambia información con el medio.

b) *Estructura*. Incluye: 1. El grado de claridad, difusión o rigidez de los *límites* entre los miembros del sistema; este se compone de varios *subsistemas* (marido-esposa, padre-hijo, hermanos) entre los que existen límites más o menos definidos que pueden ser difusos, claros o rígidos. Los subsistemas fundamentales son el conyugal, el parental (que puede llegar a incluir a algún abuelo o hijo con funciones parentales) y el de hermanos, 2. El grado en que existe una jerarquía (quién está a cargo de quién y de qué). 3. El grado de *diferenciación* o medida en que los miembros del sistema tienen identidades separadas sin dejar de mantener el sentido del sistema como un todo.

- Los *límites* son las reglas que definen quien participa con quién y en qué tipo de situaciones y quién es excluido de este tipo de situaciones. Por ejemplo, los niños no deben participar en las discusiones de los padres, los hijos mayores tienen ciertos derechos negados a los más pequeños, etc.

- La *triangulación* es un tipo de disfunción asociada con la estructura familiar. Consiste en intentar enmascarar los conflictos entre dos personas involucrando a una tercera, de modo que las características de ésta, especialmente sus problemas, se convierten en el foco de la interacción. Así, una pareja con dificultades matrimoniales puede centrarse en algún trastorno de su hijo (problemas en la escuela, drogadicción) en vez de en sus problemas maritales.

- La *coalición* es otro tipo de disfunción y consiste en una unión entre dos miembros de una familia en contra de un tercero; por ejemplo, progenitor e hijo contra el otro progenitor.

c) *Interdependencia*. Los miembros de un sistema se influyen mutuamente a través de las pautas de interacción existentes y, en concreto, mediante mecanismos de *retroalimentación positiva* (facilitadora) y *negativa* (correctora). Se considera que existen relaciones no de causalidad lineal, sino de influencia recíproca o *causalidad circular* (la conducta de A depende de la de B y viceversa). Por ejemplo, la capacidad de iniciativa de B favorece la pasividad de A y esta pasividad refuerza la toma de iniciativas por parte de B.

d) *Regulación*. Los patrones de interacción que existen en los sistemas tienden a ser muy estables y predecibles. Además, se da una *tendencia al equilibrio*. Los sistemas tienen unos mecanismos que regulan y mantienen los patrones de interacción, de modo que se maximizan las posibilidades de que el sistema se mantenga. Cualquier cambio

percibido que amenace al sistema intentará ser neutralizado, ya sea actuando sobre la persona desviada para que se adapte de nuevo, ya sea relegándola o expulsándola, ya sea mediante cambios compensatorios por parte de otro u otros miembros del sistema. Supongamos que una mujer critica al marido por su poca comunicación, ante lo cual la respuesta normal de este es retraerse aún más. Si en alguna ocasión él *explota* diciendo que no quiere hablar porque le preocupan cosas de su trabajo, la mujer que supuestamente quería estimular la comunicación puede contestarle que sólo piensa en su trabajo. Este comentario podría tener la función de restablecer el equilibrio: mantenimiento de la distancia y nivel bajo de intimidad en la relación. (Claro que la mujer también podría querer hablar de otras cosas que no fueran el trabajo.)

e) *Adaptación o cambio*. Se refiere al grado en que el sistema puede cambiar y desarrollar un nuevo equilibrio en respuesta a crisis o retos a su estabilidad: nacimiento de un niño, abandono del hogar por parte de un hijo, muerte del cónyuge, entrada en la adolescencia, pérdida del trabajo, divorcio, embarazo de la hija adolescente, etc.

f) *Comunicación*. Los miembros de un sistema se comunican entre sí y se han distinguido varios principios básicos de tipo comunicacional:

- *Es imposible no comunicar*. En un contexto de interacción social cualquier conducta (incluido el silencio) comunica algo. En las situaciones en las que uno no quiere comunicarse pueden aparecer técnicas de descalificación o *recursos para comunicar sin comunicar* (contradecirse, cambiar continuamente de tema, perderse en cuestiones tangenciales, hablar de un modo oscuro, generar malentendidos, no acabar las frases...) y *síntomas como compromiso* (fingir o autoconvencerse de deficiencias que imposibilitan la comunicación: sueño, sordera o desconocimiento del idioma en una conversación normal).

- En toda comunicación pueden distinguirse *aspectos de contenido*, generalmente expresados por medios verbales, y *aspectos relacionales*, los cuales vienen definidos normalmente por el comportamiento no verbal (tono de voz, gestos...); sin embargo, la relación puede venir también definida por las características de la situación y por ciertos contenidos verbales (p.ej., decir que se va a contar un chiste para indicar que el mensaje no va en serio). Los aspectos relacionales califican la información expresada en el contenido del mensaje.

- La *incongruencia entre los dos niveles de comunicación* (de contenido y relacional) da lugar a *mensajes paradójicos*. Por ejemplo, decirle a alguien de un modo frío que se le quiere.

- *La naturaleza de una relación depende de la puntuación de una serie de eventos repetitivos (quién hace qué, a quién, en respuesta a qué)*. Se denomina *puntuación* a la forma de organizar los hechos para que formen una secuencia ordenada. La falta de acuerdo respecto a la forma de puntuar los hechos es una causa frecuente de conflictos. Por ejemplo, un marido puede afirmar que su retraimiento es debido a los continuos ataques de su mujer, mientras que ésta explica sus criticas en función de la pasivi-

dad de marido (es posible aquí que haya una causalidad circular). O bien, un adolescente dice no estudiar bachillerato porque sus padres le obligan, mientras que estos piensan que es un vago.

- Las *relaciones pueden ser simétricas o complementarias*. Las primeras se basan en la igualdad en la conducta de interacción; cualquiera de los participantes puede, por ejemplo, dar un consejo o formular una crítica. Las segundas son aquellas en las que hay una gran diferencia en la conducta recíproca debido a que un miembro está en una posición superior respecto al otro; por ejemplo, las relaciones entre profesor-alumno y padres-hijos pequeños. *Muchos conflictos relacionales están basados en que un participante no acepta el tipo de relación que quiere el otro.*

- *Patrones negativos de comunicación* son a) culpar y criticar sin ver la propia responsabilidad y/o sin motivación para cambiar las cosas; b) adivinar los pensamientos de los otros y actuar en consecuencia sin preguntarles lo que piensan y sienten; c) hacer afirmaciones incompletas (p.ej., *"estoy enfadado")* sin especificar por qué; d) tomar los eventos modificables como si no lo fueran *("no puedo lograr que mis hijos me respeten");* e) sobregeneralizar *("nunca puedo conseguir algo que valga la pena")* (Kendall y Norton-Ford, 1982/1988, 610).

3) *Los trastornos psicológicos surgen* a) cuando adaptarse al sistema requiere pensar, sentir y/o actuar de una manera que resulta perjudicial para una persona, y b) cuando una persona intenta cambiar sus funciones o pautas de interacción dentro del sistema sin tener poder o capacidad suficiente para vencer o sortear las resistencias del sistema.

4) El miembro de la familia que según ésta es el que presenta el problema *(paciente identificado) es considerado como una expresión de la disfunción del sistema familiar* (aunque el problema cumple una función dentro de la lógica interna del sistema). En consecuencia, la *resolución del problema implica cambios en el sistema y no simplemente una modificación directa de las conductas problemáticas*.

5) La terapia *enfatiza el presente y suele ser breve*. Por lo general, no pasa de 20 sesiones repartidas a lo largo de un máximo de 2 años.

6) Se reconoce la importancia de la *cordialidad y empatía* por parte del terapeuta, unidas, por lo general, a un *estilo directivo* por parte de éste.

Rodríguez y Beyebach (1994) han señalado que en las concepciones sistémicas tradicionales se considera a la familia como el sistema y a las personas como elementos del mismo. Sin embargo, también puede considerarse que *cliente y terapeuta forman un sistema* o que *las conductas de una sola persona o incluso los significados que atribuye a acontecimientos concretos pueden considerarse sistemas en sí mismos*. Así, la depresión puede verse como el resultado de una interacción en un sistema interpersonal (la depresión de una persona se mantiene porque sus familiares le resuelven todos sus problemas y le hacen sentirse un *inútil)* o como un sistema de conductas que se autoperpetúan (la persona que se siente deprimida no se relaciona con otros y la dis-

minución de este contacto social le hace sentirse más triste). En ambos casos se da la característica fundamental de los sistemas: entender los sucesos como organizados en procesos de retroalimentación recursiva.

Es muy importante tener en cuenta que aunque los enfoques sistémicos se han especializado en el tratamiento de *familias y parejas, existen también otros modos de abordar los problemas de estas* –psicodinámicos, conductuales y cognitivo-conductuales–, los cuales pueden ser integrados o no con la perspectiva sistémica.

A. Bados. "Características de los modelos sistémicos".

- Un sistema es un conjunto de elementos dinámicamente estructurados.
- Una de las características más importantes de un sistema es el hecho de que hay comunicación continua entre sus miembros.
- La Psicopatología se explica por disfunciones en el seno del sistema, y no tanto por las características individuales de sus miembros.

Anexo

Semiología

La semiología es la ciencia que estudia las alteraciones en los procesos psicológicos y de la conducta. En Psicopatología, la semiología se encarga del análisis sistemático de los signos y síntomas de los distintos cuadros mentales.

Los términos signos y síntomas proceden del latín y del griego, respectivamente, y se refieren a las manifestaciones observables que se pueden detectar durante las exploraciones del estado mental de los pacientes. Así, los signos y síntomas agudos constituirán las unidades mentales mínimas de observación y análisis de la exploración.

Podemos definir *signo* como una manifestación objetiva de un proceso o estado patológico (Mesa Cid, 1999). Ejemplos de signo serían la temperatura alta, taquicardia, inquietud motora, etc.

Por otro lado, el *síntoma* tiene carácter subjetivo y se refiere a manifestaciones no observables directamente, como alucinaciones auditivas, astenia, tristeza, etc.

En Psicopatología, los síntomas son más frecuentes que los signos y este hecho constituye una fuente de dificultades para la exploración del estado mental, ya que en la percepción de síntomas influyen aspectos individuales y culturales difícilmente "objetivables", como serían signos como la elevación de la temperatura.

El *síndrome* sería una combinación entre signo y síntoma que aparece en un determinado cuadro psicopatológico, aunque no necesariamente tiene que darse la correspondencia entre un determinado síndrome y un mismo cuadro, ya que un determinado conjunto de signos y síntomas se puede dar en cuadros diferentes.

1) Primario-secundario

El término *primario* se usa para referirnos a un síntoma genuino del cuadro de la persona evaluada y no reactivo a este cuadro. Con la presencia de estos síntomas "primarios", basta para diagnosticar (por ejemplo, las alucinaciones en la esquizofrenia). Por otro lado, el término *secundario* se usa para referirnos a los síntomas más inespecíficos y que se suelen presentar en diferentes cuadros. Así,

si una persona tiene ansiedad porque "oye voces" (alucinación auditiva), la ansiedad sería un síntoma secundario en la presencia de alucinaciones auditivas.

2) Orgánico-funcional

Los términos *orgánico* y *funcional* se usan con profusión y básicamente se refieren al origen biológico (orgánico) o psicológico (funcional) de un determinado síntoma. No obstante, y pese a que parece una distinción clara, hay que recordar que determinados síntomas que ahora se consideran funcionales pueden acabar clasificándose como orgánicos cuando haya evidencias científicas que lo permitan.

3) Categorial-dimensional

Estos conceptos hacen referencia al hecho de valorar que determinados síntomas pueden considerarse en términos de ausencia/presencia (categoriales), mientras que otros se podrían situar en un continuo. Como ejemplo de síntomas categoriales estarían las ideas delirantes (o hay o no hay). Tendríamos un ejemplo de síntomas dimensionales en la ansiedad (ya que puede ser baja, moderada o alta).

1. Semiología de la conciencia

Primera función que se explora siempre, ya que si está alterada, eso impide gravemente el funcionamiento del resto. La conciencia intacta constituye la base del funcionamiento psíquico correcto.

- En primer lugar, se explora por observación, después por entrevista y finalmente por exploración complementaria (EEG).
- Dos acepciones:

– Conciencia de lo que es externo a uno mismo. Capacidad para captar el mundo externo.
– Conciencia del yo. Capacidad para captar el mundo interno y poseer el sentido de integridad.

1) Conciencia de lo que es externo a uno mismo

Hablamos de tres funciones:

- Vigilancia o estado vigilante
- Claridad de conciencia
- Campo de conciencia

Se evalúa el estado de la conciencia en un sentido cuantitativo en el sentido de que se explora el nivel de conciencia.

a) Vigilancia o estado vigilante

- Hipovigilancia

Graves:

– Somnolencia:
1. Apatía.
2. Si no se estimula al sujeto, éste se duerme.
3. Orientado parcialmente. Con posibilidad de errores.
4. Reducción de movimientos espontáneos.
5. Conservación de respuesta al dolor, reflejos y tono muscular.
   a. Variación circadiaria normal.
   b. Intoxicaciones.
   c. Ingesta de sustancias tóxicas (cannabis, alcohol).

– Obnubilación:
1. Gran tendencia a dormirse.
2. Atención desordenada.
3. Gran lentitud motora.
4. Manifestaciones verbales mínimas (sí, no).
5. Obediencia de órdenes sencillas de manera descoordinada.
6. Conservación de respuesta al dolor, reflejos, pero disminución del tono muscular.
   a. Sospecha de organicidad. Alteración del SNC.
   b. Intoxicaciones, ingesta de sustancias tóxicas (cannabis, alcohol).
   c. Valorar una posible ingesta de fármacos cuando existe riesgo de intentos de autólisis.

Sopor-estupor:

Estado de obnubilación más profundo y, por tanto, con un nivel más bajo de vigilancia y funciones más inhibidas.

1. Sospecha de organicidad. Alteración del SNC.
2. Intoxicaciones, ingesta de sustancias tóxicas (cannabis, alcohol).
3. Valorar posible ingesta de fármacos cuando hay riesgo de intentos de autólisis.
4. Síndrome de estupor en T depresivo mayor endógeno.
5. Esquizofrenia catatónica en fase inhibida.

– Coma:

Evaluada por la escala de Glasgow.

• Hipervigilancia

– Taquipsiquia.
– Logorrea.
– Mayor asociación de ideas de manera desordenada.
– Percepciones más vivas.
– Impresión subjetiva de más agilidad mental.
– Impresión subjetiva de más memoria.
– Hiperactividad motora.

1. Ingesta de sustancias tóxicas estimulantes (cocaína, anfetaminas y derivados) y alucinógenos.
2. Cuadros maníacos e hipomaníacos en transtorno bipolar.
3. Síndrome de excitación en el contexto de episodio de descompensación aguda esquizofrénica.

b) Claridad de conciencia

Se evalúa el estado de la conciencia en un sentido cualitativo en el sentido de que se explora la calidad con la que se percibe el ambiente.

• Cuadros confusionales

Sobre un trastorno cuantitativo de nivel de vigilancia, generalmente por hipovigilancia, se añaden otros trastornos que complican el cuadro. El cuadro tí-

pico incluye disminución del nivel de vigilancia y también de la claridad de conciencia.

- Cuadros confuso oníricos

A un cuadro confusional se añade lo siguiente:

- Pensamiento desorganizado e incoherente.
- Trastorno de la percepción: alucinaciones e ilusiones.
- Agitación motora.
- Hiperactividad vegetativa (sudoración, taquicardia, pupilas dilatadas, etc.).
- Trastorno sueño/vigilia (entrar y salir espontáneamente del sueño, sin diferenciar entre el momento real y el del sueño).

1. Sospecha de organicidad. Alteración del SNC.
2. Intoxicaciones, ingesta de sustancias tóxicas y síndromes de privación y abstinencia por ingesta de tóxicos. Un prototipo de cuadro confusoonírico es el Delirium tremens (cuadro abstinencial mayor por ingesta de alcohol).
3. Valorar la posible ingesta de fármacos cuando hay riesgo de intentos de autólisis.

c) Campo de la conciencia

Se evalúan las limitaciones en la extensión y la cantidad de estímulos externos a los que la conciencia tiene acceso. Es un trastorno cualitativo en el sentido de que se explora la extención del campo con que se percibe el ambiente.

- Cuadros crepusculares

Se trata de un cuadro confucional parcial donde se evidencia un estrechamiento del campo de la conciencia; abierta para algunos estímulos y cerrada para otros. El resultado final es un estado de conciencia hipovigilante y confusa.

Conductas automáticas o semiautomáticas en los campos hacia los que se considera que la conciencia está abierta. Afectividad centrada en una emoción que se experimenta con gran intensidad: ira, angustia, miedo.

Disminución de la atención hacia los estímulos y campos de conciencia.

Estos cuadros duran pocos minutos y suelen acabar en sueño con amnesia respecto al cuadro cuando el sujeto se despierta.

- En trastornos orgánicos cerebrales: epilepsias, secuelas de traumatismos craneoencefálicos.
- Sospecha de organicidad.
- Trastornos del sueño. Parasomnias. Sonambulismo.
- Trastornos disociativos (histeria de disociación).
- Reacción aguda postraumática. Respuesta aguda a trauma y catástrofes.

2) Conciencia del yo

Hablamos de dos funciones.

- Conciencia del yo corporal
- Conciencia del yo psíquico

a) Conciencia del yo corporal

- Anognosia y/o asomatognosia

Pérdida de la conciencia respecto a la alteración de una parte del cuerpo y, por extensión, a la presencia y efectos de la enfermedad sobre el cuerpo. El sujeto se muestra indiferente a la parte del cuerpo alterada o niega que esté ahí. Cuando se le enfrenta a la situación, niega la evidencia.

- Trastornos organicocerebrales: accidentes cerebrovasculares, síndrome de Gerstman, traumatismos craneoencefálicos.
- Fenómeno del miembro fantasma.

b) Consciencia del yo psíquico

- Despersonalización

Sensación de extrañeza respecto a la propia realidad psíquica, generalmente acompañada de angustia y temor.

- Sentimiento de extrañeza de sí mismo.
- Impresión de estar alejado de sí mismo.
- Sensación de pensar o percibir como si fuera otra persona.
- Impresión de alejamiento entre el que actúa, habla y piensa.

- Sensación de que se puede salir del cuerpo y verse a sí mismo.
- Impresión de que las palabras y pensamientos vienen de fuera.

• Desrealización

Sensación de extrañeza respecto al ambiente habitual del paciente, generalmente acompañada de angustia y temor.

- Sentimiento de extrañeza de ambientes conocidos.
- Impresión de que las cosas han cambiado aunque no se sabe definir en qué.
- Esquizofrenia: en la fase inicial. Despersonalización delirante.
- Trastornos de ansiedad:

1. Crisis de angustia.
2. Ansiedad generalizada.
3. Trastorno por estrés postraumático.

• Trastorno de despersonalización.
• Depresión mayor.
• Cuadros de intoxicación (cannabis, alucinógenos).
• Situaciones de fatiga y estrés.
• En algunos contextos terapéuticos (relajación, experiencias psicoterapeúticas muy intensas).

- Trastorno de identidad del yo

Extrañeza de la propia identidad y vivencia de que ésta no es real o ha sido cambiada.

• Encontrarse cambiado, distinto.
• No reconocerse físicamente.
• No saber quién se es (no en el sentido de trastorno de memoria, sino identidad).

1. Esquizofrenia: en la fase inicial. Despersonalización delirante.
2. Cuadros de intoxicación aguda (cannabis, alucinógenos).
3. Trastorno de disociación (fuga psicógena).

4. Depresión mayor.
5. Dificultades con la identidad de género: transexualismo.

2. Semiología de la orientación

- Función cuya alteración constituye un inmejorable indicador de alteración del SNC y, por tanto, descarta la mayoría del resto de trastornos.
- Se explora sólo si hay sospechas de alteración. Se llega a ellas por informaciones aportadas por los acompañantes del paciente o por observación. Se explora siempre por entrevista con preguntas cortas, cerradas y directas.
- Tres acepciones:

– Orientación en el tiempo
– Orientación en el espacio
– Orientación alopsíquica

1) Desorientación

a) En el tiempo

No saber: día del mes, día de la semana, mes, año, momento del día (mañana, tarde).

Se acepta una ligera desorientación en el día como no patológica.

b) En el espacio

No saber: lugar concreto donde se está (hospital, etc.), barrio, ciudad, país.

Se acepta una ligera desorientación en el barrio como no patológica.

c) Alopsíquica o situacional

No saber: quién le acompaña, quién es el entrevistador, situación concreta que se vive en ese momento.

- Cuadro confusional.
- Demencias.
- Situaciones extremas de estrés psicológico (torturas, catástrofes, depravación sensorial temporal, etc.).
- Trastornos disociativos (fuga psicógena).

3. Semiología de la atención

En la teoría psicológica general, las funciones relacionadas con la atención son muy importantes, ya que se le concede un papel preponderante en los modelos relacionados con el paradigma del procesamiento de la información. Eso es extensible a la Psicopatología experimental, donde los estudios sobre alteraciones en procesos atencionales y mnésicas constituyen el punto de mira de la investigación en este terreno (podéis ver modelos etiopatológicos cognitivos en la esquizofrenia). Pero desde el punto de vista semiológico no ocurre así. Las alteraciones en la atención son muy frecuentes, se observan prácticamente en todos los trastornos psicopatológicos, son muy inestables en su presentación y el paciente recupera con facilidad sus competencias atencionales cuando el trastorno desaparece. En esencia son muy inespecíficas y, por tanto, orientan muy poco el diagnóstico. En cambio, los enfermos suelen relatarlas como muy molestas para su funcionamiento cotidiano (trabajo, vida en familia, etc.).

Se suele explorar, fundamentalmente, por entrevista, ya que la observación directa de los trastornos atencionales es difícil en el contexto de la entrevista fuera de los cuadros cerebrales. Es muy importante la exploración psicométrica como constatación objetiva de las impresiones subjetivas del paciente.

Tres acepciones:

- Volumen: cantidad mínima de estímulos que el paciente puede atender.
- Estabilidad: capacidad para no perder la atención puesta en un estímulo o situación.
- Oscilación: capacidad para cambiar de estímulo o situación a otro diferente.

1) Hipoprosexia

Atención disminuida.

- Inhibición de la atención (el sujeto muestra falta de interés y/o dificultades para fijarse en los estímulos, por ejemplo, esquizofrenia, depresión).
- Labilidad atentiva (fluctuaciones de la atención y no fijación de estímulos, por ejemplo, ansiedad).
- Distraibilidad (déficit de la estabilidad, por ejemplo, cuadros maníacos).

- Trastornos cerebrales (confusionales/ demencias).
- Trastornos producidos por tóxicos (intoxicación, abstinencia, etc.).
- Esquizofrenia.
- Depresión.
- Trastornos de ansiedad.

2) Hiperprosexia

Atención aumentada.

Se produce un aumento del volumen y oscilación, pero también una clara disminución de la estabilidad, por lo que el resultado último es deficitario en cuanto al rendimiento del sujeto, aunque su impresión subjetiva sea una mejora de su capacidad cognitiva.

- Ingesta de tóxicos (cocaína, anfetaminas, estimulantes).
- Cuadros maníacos.

3) Paraprosexia

Atención desviada. Disminución de la oscilación hasta el punto de no poder abandonar un estímulo o situación.

- Trastorno obsesivo-compulsivo.

4. Semiología de la memoria

1) Alteraciones de la memoria

Alteraciones cuantitativas:

- Amnesia: pérdida de la memoria.
- Hipermnesia: aumento de la capacidad de evocación.

Alteraciones cualitativas:

- Paramnesia: alteración respecto a la calidad o tipo de recuerdo.

a) Amnesias

Trastorno que impide total o parcialmente aprender, memorizar, retener y evocar una información o percepción de la vida del paciente.

Tipos de amnesias

- **Amnesia retrógrada**

Se refiere a la pérdida de memoria que abarca el periodo previo a la aparición del trastorno, generalmente médico, que da lugar a la amnesia (en el traumatismo craneoencefálico, los minutos, horas o días anteriores al accidente que recuerda).

Es un trastorno de la memoria remota.

- **Amnesia anterógrada**

Se refiere a la pérdida de la capacidad de fijar y/o retener material nuevo a partir del periodo posterior a la aparición del trastorno, generalmente médico, que origina la amnesia (en el traumatismo craneoencefálico, a la dificultad de aprender y retener que se observa como secuela con posterioridad al accidente). También se le denomina *olvido sucesivo* porque parece que el paciente olvida las cosas al mismo tiempo que suceden.

Es un trastorno de la memoria reciente y/o a corto plazo.

- **Amnesia global**

Se refiere a la conjunción de los dos tipos de amnesia anteriores.

- **Amnesia postraumática**

Se refiere tanto a la laguna postraumática (periodo de tiempo en el que ha ocurrido el accidente y en el que el sujeto no puede ni podrá recordar nunca), como a la conjunción de ésta con la amnesia retrógrada y anterógrada que forma la alteración de la memoria típica postraumática en el TCE.

También puede referirse a la laguna de memora respecto al traumatismo, en el caso de un traumatismo psicológico, por ejemplo, una agresión muy violenta sin TCE.

- **Amnesia progresiva**

Se refiere al déficit de memora que avanza en el tiempo.

- **Amnesia lagunar**

También se denomina *localizada* y se refiere a un pérdida parcial de la memoria que abarca un periodo concreto.

El déficit de la memoria está localizado temporalmente. Este término también se usa para referirse a la ammesia que el paciente tiene de un determinado periodo de tiempo en el que estaba bajo un trastorno de conciencia con obnubilaciones, estado confusional, coma, etc.

b) Hipermnesias

Incremento anormal, total o parcial, de la capacidad de memorizar (fijar, retener y evocar).

Tipos de hipermnesias.

- **Permanente-global**

La mayor capacidad mnésica se produce para todo tipo de material.

Es característica de personas superdotadas y con talento, careciendo de significación clínica.

- **Selectiva**

La mayor capacidad mnésica se produce para un tipo de material.

– Deficiencias mentales de nivel límite/leve.
– Trastorno obsesivo-compulsivo.
– Algunas personas con nivel cultural/educativo bajo, sin significación clínica.

- **Paroxística**

En un momento dado, en la mente del paciente ocurre, de forma brusca, mucha información, sobre todo episódica.

– Respuesta al estrés agudo y acontecimientos traumatizantes agudos.
– Trastorno agudo de estrés postraumático/TEPT.

c) Paramnesias

- Distorsiones y/o errores de la memoria en grado patológico.
- La paramnesia implica lo siguiente:

– Un recuerdo deficitario.
– Una rememoración o identificación distorsionada.

Se pueden identificar muchos tipos de paramnesias, especialmente en los trastornos cerebrales. Aquí se resaltan las siguientes:

- **Confabulaciones o fabulaciones**

Es una falsificación de la memoria que aparece en un estado de conciencia lúcida y asociada a una amnesia. Es un mecanismo por el que una laguna de memoria (amnesia) se rellena con un material inventado, que puede intercalarse con recuerdos verídicos. A veces, el paciente sigue fabulando sobre el material inventado inicial, que llega a constituirse en un auténtico delirio de base fabulatoria.

- **Dejà vue y jamais vue**

En el primer caso, el sujeto identifica y vive una situación y/o ambiente como ya conocido y vivido anteriormente, aunque sabe positivamente que eso no es así, y que es una situación nueva para él. En cambio, en el segundo caso la vivencia es de novedad y no reconocimiento de una situación y contexto que el sujeto conoce ampliamente.

Frecuentemente se describen asociados a la epilepsia y a situaciones no patológicas de cansancio y/o tensión emocional, caso en que no tienen significación clínica. Es más importante la reacción de ansiedad y miedo del sujeto ante estos síntomas.

2) Trastornos asociados a la semiología de la memoria

a) Trastornos del SNC

- Traumatismos craneoencefálicos

Patrón de amnesia:

- Laguna postraumática del momento del accidente.
- Amnesia retrógrada de segundos o minutos de duración. Excepcionalmente, días/años.
- Amnesia anterógrada. De gravedad variable en periodos largos.

La amnesia (duración, gravedad) es un buen indicador de la gravedad del TCE.

Es posible que el paciente presente amnesia patológica en un contexto rentista. El paciente se queja de dificultades y de déficit de memoria asociados al accidente que no se objetivan ni funcional ni psicométricamente. No constituyen propiamente una sintomatología histérica, sino rentista, ya que el paciente conserva una relativa conciencia de que los síntomas son subjetivos y asociados a un beneficio, aunque llega a incorporarlos a su conciencia como reales. El sujeto puede obtener dos tipos de beneficio:

- Primario: bajas laborales, indemnizaciones, etc.
- Secundario: la atención de los demás.

- Lagunas alcohólicas

Episodios de pérdida de la capacidad de fijación y evocación para elementos concretos que se observan en algunos pacientes con alcoholismo crónico.

Patrón de amnesia:

- Laguna en “isla”. Si se le ayuda, el paciente puede recordar. Las dificultades están en la capacidad de evocación.
- Laguna en “bloque”. El enfermo evoca como si fuera un sueño. No puede localizar ni recordar en el tiempo.

- Síndrome de Korsakov

Alteración permanente de la memoria asociada a diversas alteraciones del SNC como consecuencia de enfermedades médicas. Se asocia frecuentemente al alcoholismo crónico.

Patrón de amnesia:

- Amnesia anterógrada por incapacidad de fijación.
- Lagunas en la memoria remota.
- Desorientación temporal y autopsíquica.
- Confabulaciones.

- Demencia

Alteraciones progresivas o en brotes de la memoria mediante amnesia global. La más representativa es el mal de Alzheimer.

Patrón de amnesia:

- Amnesia de fijación.
- En las primeras fases, el paciente, a medida que le cuesta más fijar el aprendizaje, evoco fácilmente recuerdos remotos y produce la sensación de un aumento en la memoria remota.
- Ley de Ribot. Se olvida antes lo que se ha aprendido más tarde.
- Finalmente, amnesia global.
- La amnesia se filtra en el resto de funciones superiores de manera que no se sabe cual es el efecto específico del deterioro de éstas (por ejemplo, lenguaje) o el efecto de la amnesia sobre éstas.

- Amnesia global transitoria

El sujeto presenta un breve episodio (de minutos a horas) que se instaura bruscamente, de amnesia anterógrada.

Patrón de amnesia:

- Amnesia anterógrada.
- Desorientación espaciotemporal.
- Automatismos de la vida cotidiana durante el episodio. No fija en la memoria lo que ha hecho en ese periodo.
- Amnesia posterior del episodio.

– Ansiedad posterior por tener un periodo de su vida "en blanco".

No se conoce la causa de estos episodios. Se infiere que están asociados a algún tipo de disfunción de las estructuras del SNC relacionadas con la memoria. En sí mismas no tienen significación patológica.

b) Secuelas de la terapia electroconvulsiva

La TEC provoca un cuadro confusional de corta duración y efectos secundarios sobre las funciones cognitivas, especialmente la memoria.

Patrón de amnesia:

– Amnesia anterógrada. El paciente presenta dificultades para evocar y memorizar información nueva.
– Más afectación de la memoria verbal que la visual.
– A los seis o nueve meses del final de la TEC, suele producirse una recuperación total de la memoria, excepto el material aprendido inmediatamente después de las TEC, que se puede perder definitivamente.
– Las quejas subjetivas de pérdida de memoria pueden durar años.

c) Trastornos psicopatológicos

La base es la existencia de trastornos de memoria y/o quejas subjetivas del paciente de problemas de memoria que no tienen su origen en una enfermedad médica, sino en un trastorno psicopatológico.

Para diferenciar las dos situaciones (trastornos del SNC y psicopatológicos), es muy útil la información complementaria de la anamnesis y algunos datos que se extraen de la exploración.

- Análisis de las circunstancias de inicio de la amnesia: inicio asociado a la presencia de factores psicosociales.
- Asociación de las dificultades de memoria a perplejidad y reivindicación de su presencia.
- Quejas de problemas de memoria, pero conservación de la capacidad para nuevos aprendizajes.

Trastornos asociados:

- Amnesias lagunares

– Fugas psicógenas y trastornos disociativos (amnesias en el contexto de la histeria)

Pérdida repentina de memoria personal (episódica), acompañada normalmente de una pérdida de identidad y de holgazanería.

Patrón de amnesia:

1. Se conserva la memoria semántica.
2. Suele durar entre horas y días, y hay amnesia retrógrada de este periodo.
3. Hay factores psicológicos asociados:
   a. Acontecimiento estresante precipitador (conflictos familiares, problemas financieros, agresión, etc.).
   b. Depresión.
   c. Antecedentes de abuso de alcohol.
   d. Tendencia a mentir para escapar de situaciones difíciles.

Las fugas se interpretan como un intento de negar una situación conflictiva y huir de ella. También se han interpretado como una representación/simbolización de un suicidio.

- Amnesias globales

– Trastornos de memoria secundarios en trastornos psicopatológicos y sin constancia de su asociación a enfermedades médicas. Generalmente, las dificultades en la memoria desaparecen cuando el paciente se recupera de su trastorno psicopatológico.

Patrón de amnesia:

– Dificultades en la fijación y en la evocación a corto plazo.
– No se observan trastornos en la memoria a largo plazo.
– Los trastornos se expresan tanto en la memoria episódica como en la semántica.
– Afecta más a la memoria verbal que la visual.

- Fuertemente asociada a trastornos de atención.
- Los rendimientos en los tests de memoria son normales.
- El paciente tiene tendencia a olvidar unas cosas y otras no, y olvida sólo en algunas situaciones.
- El paciente no puede recordar si lo intenta activamente, pero después se produce evocación espontánea.
- El paciente puede evocar si se le ayuda.
- Actitud revindicativa ante sus déficits.

Trastornos asociados

- Problemas de memoria asociados a la ansiedad
- Problemas de memoria asociados a la depresión

1. Trastornos de memoria leves/moderados.
2. Complejo de demencia asociado a la depresión (pseudodemencia depresiva).

- Trastornos de memoria permanente asociados a un déficit cognitivo general.

Trastornos asociados

- Esquizofrenia. Especialmente esquizofrenia crónica con deterioro cognitivo

5. Semiología de la percepción

1) Dos tipos de alteraciones en la intensidad de la percepción

a) Hiperestesia

Se trata de una percepción excesiva de las sensaciones.
Es característica, por orden de importancia, en lo siguiente:

- Cuadros tóxicos (LSD).
- Acompaña a los síntomas epilépticos.
- Psicosis funcional (esquizofrenia/paranoia).
- Ansiedad generalizada.
- Hipocondría.
- Histerias de conversión.

b) Hipoestesia

Se trata de una percepción disminuida de las sensaciones.
Es característica, por orden de importancia, en lo siguiente:

- Cuadros confusionales.
- Sujetos depresivos.
- Hipoalgias histéricas.

2) Trastornos característicos de la depresión

3) Ilusiones

Es una mala interpretación de una percepción real; es decir: el sujeto interpreta un estímulo real de manera equivocada, convirtiéndolo en un error perceptivo.

La mayoría de las veces, el sujeto corrige rápidamente (en cuestión de segundos) su error de interpretación, pero en situaciones patológicas determinadas, este error puede durar bastante tiempo, e incluso quedar grabado como tal.

Las ilusiones se podrán dar tanto en sujetos sanos como enfermos.

a) ¿Por qué se provoca la ilusión?

– Por la existencia de una carga efectiva muy importante (ansiedad, depresión).
– Por una caída del nivel de conciencia, lo cual hará que baje la atención y se produzca la ilusión.
– Por fenómenos fisicoquímicos que son capaces de engañar a los sentidos (espejismos).

b) ¿Dónde se dan las ilusiones?

- En la vida cotidiana (no patología):

– Sobre todo, cuando el sujeto está bajo una fuerte carga emocional (no patológica), o bien sometido a un cansancio físico importante, lo cual comporta un descenso del nivel de conciencia del individuo.

- Psicopatológicas:

- Situaciones psicopatológicas donde la carga emocional primaria es importante (ansiedad, depresión, tristeza).
- Asociada a un trastorno del pensamiento.

Ilusión		
Características	Localización	Conciencia de la irrealidad
Deformación de una percepción de la realidad	Espacio exterior	Sí/no

4) Alucinaciones

Clásicamente se definen como una "percepción sin objeto". Ello implica que en la alucinación, el sujeto asigna todas las características de la percepción a un estímulo inexistente. El sujeto coloca la alucinación en el espacio exterior o interior y no tiene conciencia de enfermedad, dado que no la objetiviza.

Las alucinaciones son uno de los mayores signos sociales que definen la enfermedad mental.

Clínica de las alucinaciones y clasificación:

a) Simples

Son aquella sen las que sólo se perciben luces, ruidos, colores, etc., es decir, las que no tienen forma determinada.

Son más características de fenómenos orgánicos o neurológicos que de trastornos psicológicos

b) Complejas

La percepción tiene una figura determinada y prácticamente puede adquirir cualquier tipo de modalidad perceptiva que se pueda imaginar.

c) En función del canal sensorial

- Alucinaciones auditivas

En los enfermos psicóticos (esquizofrenia), las alucinaciones auditivas son mucho más frecuentes que las visuales. El sujeto distingue perfectamente entre su pensamiento y las voces que lo inquietan.

Frecuentemente, las voces dan órdenes al sujeto y, en ese caso, se producen situaciones dramáticas.

Las alucinaciones auditivas también pueden presentarse en el transcurso de un trastorn neurológico.

Existe un tipo de alucinaciones especiales descritas por Scheneider que se caracerizan por ser específicas del grupo nosológico de la esquizofenia:

- Voces que comentan los actos al paciente.
- Voces que conversan entre sí sin referirse al paciente.
- Eco del pensamiento: antes de que el paciente emita verbalmente sus pensamientos, los escucha como si vinieran de fuera.
- Pensamiento sonoro: tiene la impresión de escuchar sus pensamientos desde dentro, por duplicado.

Scheneider considera este tipo de alucinaciones como síntomas de primer rango. Hoy día, se cree que hay sujetos muy ansiosos que tienen una impresión parecida al pensamiento sonoro y eso se liga a un fenómeno de despersonalización no psicótica.

- Alucinaciones visuales
- Alucinaciones táctiles
- Alucinaciones cinestésicas o de esquema corporal

Se pueden confundir con lo siguiente:

- Sensaciones de tipo fisiológico del ansioso.
- Sensaciones de enfermedad del hipocondríaco.
- Interpretaciones del histérico.
- Trastornos psicosomáticos.

Estas alucinaciones cinestésicas representan una afectación del yo corporal. Implican que el cuerpo es percibido de manera especial.

- Alucinaciones gustativas y olfativas

Estos dos tipos de alucinaciones suelen darse juntas. Se trata de la sensación de percibir un gusto u olor que no existe.

Casi siempre tienen una connotación desagradable (el sujeto tiene la sensación de que le están envenenando).

Son unas alucinaciones extrañas y difíciles de diferenciar de las ilusiones (las diferenciamos por la idea delirante).

Alucinaciones		
Características	Localización	Conciencia de irrealidad
Percepción sin el objeto	Espacio exterior o interior	No

6. Semiología del pensamiento

Dos subgrupos de trastornos:

- Trastornos formales y/o del curso del pensamiento.
- Trastornos del contenido del pensamiento.

1) Trastornos formales y/o del curso del pensamiento

Estos trastornos se refieren a la patología en la estructura formal del pensamiento del paciente, es decir, aquellas alteraciones que se refieren al mismo proceso del pensamiento independientemente de *qué* se piensa. Dicho de otro modo, se analiza *cómo* se piensa.

Se exploran, lógica y fundamentalmente, mediante el lenguaje, las manifestaciones verbales y, en menor medida, no verbales del paciente, ya que no podemos observar directamente el pensamiento.

Se exploran fundamentalmente por observación de los comportamientos verbales del enfermo y secundariamente mediante la entrevista clínica.

a) Bradipsiquia

No se considera exclusivamente un trastorno del lenguaje, sino de todo el psiquismo del enfermo (memoria, atención, lenguaje, etc.).

Se define por una lentitud en las funciones mentales y los procesos psíquicos que se manifiesta por lo siguiente:

- Retraso en la asociación de ideas.
- Disminución en la velocidad del habla.
- Poca producción verbal (tendencia a contestar con monosílabos).
- Sensación subjetiva de dificultat para pensar.
- Hipoprosexia.
- Inhibición y ralentización motriz.

– Trastornos depresivos.
– Síndromes catatónicos inhibidos.
– Intoxicaciones (heroína, etc.).

b) Taquipsiquia

No se considera exclusivamente un trastorno del pensamiento, sino de todo el psiquismo del enfermo (memoria, atención, lenguaje, etc.).

Se define por una aceleración en las funciones mentales y los procesos psíquicos que se manifiesta por lo siguiente:

- Logorrea.
- Disminución de la latencia entre pregunta y respuesta.
- Producción verbal más elevada. Más influencia de ideas.
- Hiperprosexia.
- Motricidad rápida, con tendencia a la agitación motora.

– Trastornos hipomaníacos y maníacos.
– Intoxicaciones (cocaína, anfetaminas, etc.).

Ni la bradipsiquia ni la taquipsiquia son necesariamente patológicas; pueden ser temperamentales o presentarse con oscilaciones según otros factores (estacionales, vitales, etc.).

c) Fuga de ideas

Surge de la aceleración del pensamiento (taquipsiquia) y, de hecho, se considera un grave extremo de ésta.

- El sujeto asocia ideas de manera tan rápida que pierde el control y la coordinación del pensamiento.
- El discurso resultante pierde el sentido y la idea directriz.
- Expresión verbal aumentada. Tendencia al monólogo.
- Asociación de ideas por asonancia fonética o gramatical.
- El resultado final es un discurso incomprensible.
- Hiperprosexia.

– Cuadro maníaco grave.

d) Disgregación

Se define como una desorganización de los procesos del pensamiento. Su presencia se evalúa como un indicador importante de gravedad del trastorno o enfermedad.

- Se pierde la idea directriz del discurso.
- Se puede entender el sentido de las frases tomadas de una en una, pero no del discurso en su totalidad, dado que no hay relación entre las frases.
- Frases cortas y gramaticalmente correctas, pero sin sentido lógico.

Para la evaluación se exigen tres condiciones:

- Pérdida de la idea directriz.
- Ruptura de las asociaciones normales.
- No producida por estímulos externos (intoxicaciones, cansancio, etc.).

– Esquizofrenia.

e) Incoherencia

Se define como un nivel de gravedad más elevado de la disgregación. Su presencia se evalúa como un indicador importante de la gravedad del trastorno o enfermedad.

- Se pierde la idea directriz del discurso.
- No se puede entender el sentido de las frases tomadas una a una, sino de las palabras consideradas por separado.
- Discurso totalmente incomprensible.
- Tendencia a los monosílabos.

– Esquizofrenia.
– Cuadros confusionales.

f) Perseveración

Se define como la dificultad para tener fluidez en el curso del pensamiento. El enfermo se queda estancado en una idea que no puede abandonar.

- Esquizofrenia.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.

g) Bloqueos de pensamiento

Sensación subjetiva de que la mente se ha quedado en blanco de manera súbita, de que no hay producción de pensamientos.

- Esquizofrenia.

h) Asociaciones débiles o ilógicas

Se define como la tendencia a presentar asociaciones de ideas ilógicas, débiles, laxas, sin llegar a la gravedad del pensamiento disgregado.

- Esquizofrenia.

i) Tangencialidad

Se define como la dificultad para centrarse en una idea, con tendencia a desarrollarla mediante ideas relacionadas.

- Esquizofrenia.

j) Circunstancialidad

Se define como la dificultad para centrarse en un patrón, con tendencia a detenerse en los detalles sin poder explicar el núcleo de la idea.

- Esquizofrenia.

2) Trastornos del contenido del pensamiento

a) Preocupaciones, temores, dudas

Se habla de preocupación cuando el contenido del pensamiento se centra sobre una idea en particular y se asocia a un tono emocional desagradable. Una preocupación tendrá un valor cuando sea especialmente molesta, no se pueda evitar, pese a los esfuerzos del individuo, y sea particularmente desproporcionada a la causa o motivo.

b) Ideas sobrevaloradas

Se trata de un fenómeno real al que se otorga una importancia extraordinaria y que habitualmente desvela una intensa reacción emocional.

c) Ideas fijas

Son ideas que reflejan la realidad pero que se repiten insistentemente, en contra de la voluntad del sujeto. Resultan incómodas y molestas.

d) Fobias

Son miedos o temores infundados ante estímulos o situaciones que habitualmente no son motivo de miedo. En general, estos miedos son considerados ab-

surdos por el sujeto pero no se puede librar de ellos e intenta evitar las situaciones que los desencadenan (*conducta de evitación*).

Una fobia se puede considerar como el resultado de la condensación de la angustia en un objeto o situación temidos, que adquieren la capacidad de desvelar fenómenos de angustia, bien porque se relacionan simbólicamente o porque lo han adquirido en virtud de un aprendizaje.

Las fobias más frecuentes son:

- Agorafobia.
- Las fobias sociales.
- Las fobias a los animales.
- Otras fobias, como las relacionadas con las enfermedades.

e) Obsesiones

Son representaciones de ideas o pensamientos indeseados, que se imponen en la conciencia. Generalmente consideradas ilógicas, absurdas y anormales por parte de quien las experimenta, son de carácter penoso y desagradable. Obligan a una lucha ineficaz para eliminarlas y se repiten una y otra vez. Son características fundamentales de las ideas obsesivas:

- Emanan del yo, es decir, el sujeto reconoce su paternidad, se siente responsable de producirlas.
- Tienen carácter impositivo y el enfermo se siente asediado, obsesionado, molesto por ellas.
- Tienden a la repetición.
- Generalmente son consideradas absurdas, patológicas, no son deseadas.
- Obligan a una lucha interna por evitarlas.

Las ideas obsesivas son en el plano cognitivo lo mismo que los temores en el plano afectivo o las compulsiones en el del comportamiento.

Como representaciones obsesivas, podemos mencionar la tendencia frecuente de algunos enfermos a recordar melodías, frases, contar series de números (*onomatomanía*). Otras veces se trata de escrúpulos de conciencia, cavilaciones inútiles, comprobaciones, contar cosas, dudas, pensar que todo está contaminado, que se han dejado los grifos abiertos o el cigarrillo encendi-

do. Pese a las comprobaciones reiteradas, el sujeto no queda tranquilo y ha de volver una vez y otra.

Se diferencian de las fobias según el esquema de la tabla siguiente:

	Fobias	Obsesiones
Desencadenante	Externo	Interno
Conducta de evitación	Eficaz	Ineficaz

f) Ideas delirantes

Conjunto de ideas erróneas, imposibles o falsas en las que el paciente cree con una gran convicción, no modificada ni modificable por la lógica ni por la experiencia.

Pueden definirse como ideas equivocadas, sobrevenidas por vía patológica y resistentes a la argumentación lógica.

Para Pelicier la idea delirante no es un error; es la expresión de la vída psíquica total; la conducta alucinatoria o interpretativa sólo existe en función del propio contexto delirante. No se puede admitir que la idea delirante exprese un contenido inconsciente.

Para evitar la posible confusión entre los términos de *delirio* y *delirium*, algunos autores han propuesto el término *delusiones* para calificar el conjunto de ideas delirantes. Creemos, no obstante, que basta con tener presente que por delirio se entiende el estado de descenso de nivel de conciencia anteriormente tratado.

Los aspectos básicos de las ideas delirantes son muy similares a los de las alucinaciones, con que, como hemos visto, mantienen unas relaciones muy estrechas. El síndrome delirante alucinatorio es una de las psicosis más significativas. Las ideas delirantes presentan las *características* siguientes:

- El sujeto pierde el juicio de la realidad.
- Tienen un contenido casi imposible e irreal que revela una gran contradicción interna.
- Tienden a convertirse en el eje de la vida del sujeto.
- Son ininfluenciables e incorregibles.
- Tienden a la difusión, a infiltrarse en todos los aspectos de la vida del paciente.

Según la *patogenia*, las ideas delirantes pueden estar integradas por un componente básicamente de origen sensorial, con sensopercepciones a menudo de naturaleza onírica; pueden estar formadas por elementos imaginativos, con pseudomemorias, o estar constituidos sobre la base de interpretaciones o intuiciones, con nuevas significaciones de la vida real. En este sentido, podemos diferenciar los siguientes tipos:

- *Delirio alucinatorio*, estructurado sobre una alucinación.
- Intuición delirante, sobre una representación mental.
- Interpretación delirante, sobre una falsa interpretación de algo real.
- Delirio de imaginación sobre una simple fabulación.

De acuerdo con el grado de estructuración, las ideas delirantes pueden ser: *simples*, de temática única, limitadas a un aspecto de la vida y con cierta coherencia interna y lógica o *complejas*, formando estructuras complicadas con repercusión en todos los ámbitos de la vida.

En cierta medida, corresponden a los conceptos delirio *sistematizado* o *no sistematizado*, cuyas características se presentan en la tabla siguiente:

Delirio sistematizado	Delirio no sistematizado
Aislados y mínimos	Indicios masivos
Áreas únicas:	Global, afectando a todas las áreas
Persecución	
Celos	
Relación de Kretschmer	
Interpretación de Serieux y Capgras	
Influencia	
Erótica	
Grandiosidad	
Invención	
Conciencia lúcida	A veces confusión
Alucinaciones, no; visuales, nunca	Alucinaciones frecuentes
Agresividad	Afecto inestable
Angustia rara	Frecuente
Evolución lenta	Variable
Inicio lento	Precoz
Sin alteraciones de conducta	Con alteraciones de conducta

Podemos considerar otros tipos de ideas delirantes:

- *Primarias*, presentan el rasgo de ser incomprensibles psicológicamente y no derivadas de otros síntomas ni acontecimientos de la vida del enfermo. La incomprensibilidad se refiere a lo absurdas que son; el observador no entiende cómo se le ha ocurrido esa idea el al enfermo.
- Secundarias, derivadas de hechos vividos por el enfermo en otros síntomas. Pueden ser comprensibles psicológicamente. Estas ideas delirantes secundarias reciben el nombre de *ideas deliroides*.

Las ideas delirantes pueden *evolucionar* de maneras diferentes. Pueden surgir de una manera aguda, súbita, sin manifestaciones previas o prodrómicas. Otras veces se van estructurando progresivamente. Desde un primer momento impreciso, vago, en el que el paciente experimenta una sensación de extrañeza hasta una plena convicción delirante bien establecida, que no admite dudas. Conrad ha descrito diversas etapas en la evolución de las ideas delirantes:

- *Trema*, inicial, con sentimiento de amenaza, extrañeza y cambio inexplicable.
- Apofanía, o momento de revelación y convicción de realidad, con descubrimiento de nuevas significaciones.
- Consolidación, con integración del delirio y disminución de la repercusión emocional.

Desde un punto de vista clínico, el conjunto delirante puede evolucionar de forma aguda o crónica y en esta segunda forma el cuadro clínico puede abocar en un cuadro deficitario, propio de los trastornos esquizofrénicos o ir acompañado por manifestaciones alucinatorias o de importantes alteraciones cognitivas y de pensamiento. Los autores franceses clasifican los cuadros alucinatorios según el siguiente esquema:

- Agudos, habitualmente de tipo exógeno
- Crónicos
- Sin evolución deficitaria

– Psicosis delirantes sistematizadas
– Psicosis alucinatorias crónicas

– Psicosis fantásticas

- Con evolución deficitaria

– Formas paranoides de la esquizofrenia

Temática delirante:

- *Autorreferencia*. Sentirse centro de interés, habitualmente maligno, de todas las acciones de los demás.
- *Persecución*. Sentirse vigilado, espiado, por otras personas, generalmente organizadas en complot y de carácter malintencionado.
- *Autoacusación*. Considerarse reo de actos perversos, indignos, castigables.
- *Influencia*. Pérdida del control y de la voluntariedad de la propia conducta y actuar bajo el dominio de otro.
- *Grandiosidad*. Creencia de poseer una alta condición personal, en cuanto a linaje, por razones económicas, de capacidades elevadas, etc. También denominadas megalómanas.
- *Celos*. Convicción de la infidelidad de la pareja pese a toda evidencia en sentido contrario.
- *Nihilista*. Creencia en la destrucción de la propia persona o de partes importantes, sentirse deshecho, muerto, anulado. También puede referirse al mundo exterior. Vivencia del fin de mundo.
- *Invención*. Considerarse autor de descubrimientos e inventos importantes, poder curar el cáncer, haber conseguido el movimiento continuo, haber construido vehículos fantásticos, etc.
- *Perjuicio*. Interés por parte de otro de ensuciarlo, calumniarlo, vejarlo, robarle cuanto posee.
- *Hipocondríacas*. Ser portador de enfermedades exorbitantes.
- *Eróticas*. Persecución erótica, habitualmente por amantes fantásticos.
- *Querulanets*. Pleitistas, reivindicadoras.
- *Místicas*. De relación con Dios y seres sobrenaturales.

7. Semiología del lenguaje

En la exploración del estado mental, la semiología del lenguaje se confunde con la de la comunicación, sin una clara diferenciación entre ambas. Desde este punto de vista, se distingue entre:

- Comunicación no verbal.
- Comunicación verbal.

La exploración se hace fundamentalmente por observación y secundariamente mediante la entrevista.

1) Comunicación no verbal

Adquiere gran importancia la mímica facial, pues la comunicación asociada a las posturas y otras expresiones se estudian dentro de la psicomotricidad. Para el psicólogo clínico, la mímica facial mantiene una relación directa con el estado del ánimo y el estado emocional del paciente. La expresión mímica también se explora en relación con lo que el paciente expresa verbalmente y con sus comportamientos. Generalmente hay coincidencia entre los mensajes que vienen de las tres vías, pero no siempre sucede así.

a) Hiponimia

Pobreza mímica. Expresión disminuida de la emoción.

- Cuadros de deterioro.
  - Esquizofrenia crónica.
  - Demencias.

- Cuadros depresivos.
  - Cara depresiva o en omega (función de los músculos de la frente).
  - Llanto sin llanto (ojos enrojecidos, hinchado).

1. Llanto que tranquiliza (tensional, ansioso).
2. Llanto sin llanto/ llanto que no tranquiliza (depresivo).

b) Amimia

Cara que no expresa nada, "fría".

- Depresiones melancólicas.
- Cuadros catatónicos.
- Cuadros confusionales.
- Trastornos histéricos (relacionado con la *belle indeference*).

2) Comunicación verbal

La mayoría de la semiología del lenguaje se relaciona con los trastornos cerebrales.

a) Pobreza del lenguaje

Lenguaje simple, empobrecido, con poco contenido y claramente por debajo de lo que cabe esperar del nivel educativo del enfermo.

- Cuadros de deterioro.
  - Esquizofrenia crónica.
  - Demencias.

b) Verborrea

Hablar demasiado rápido.

- Cuadros maníacos.
- Cuadros ansiosos.

c) Estereotipias verbales

Repetición sin necesidad de una palabra o frase corta. Trasciende la muletilla clásica. Suele acompañarse de estereotipias motrices.

- Cuadros de deterioro.
  - Esquizofrenia crónica.
  - Demencias.

d) Palilalia

Variación de las estereotipias. Repetición de manera compulsiva de la última palabra de la frase.

- Cuadros de deterioro.
- Esquizofrenia crónica.
- Demencias.

e) Ecolalia

Repetición de manera immediata y automática de lo que se acaba de oír.

- Cuadros de deterioro.
- Esquizofrenia crónica.
- Demencias.

f) Mutismo

Suspensión de las funciones de expresión verbal, no a causa de alteraciones neurológicas, sino por causas psicopatológicas.

- Cuadros depresivos con inhibición.
- Esquizofrenia (tanto en cuadros agudos –relacionado con el delirio– como en la esquizofrenica crónica).
- Cuadros catatónicos.
- Cuadros de negativismo.
- Mutismo electivo.
- Cuadros histéricos.

g) Neologismos

Formación y/o uso de una palabra nueva (por condensación de palabras, añadiendo raíces diferentes, etc.).

Estas palabras tienen una significación concreta para el paciente que las inventa. Generalmente:

- El paciente quiere expresar una emoción aguda nueva y tan complicada para él que no encuentra palabras en el lenguaje que conoce.

- Las palabras proceden de las alucinaciones auditivas.
- Las palabras constituyen un lenguaje mágico que suele inscribirse en el contexto del delirio.
- Esquizofrenia.

h) Pararrespuestas

Se da una respuesta que no tiene nada que ver con la pregunta que se hace al paciente.

- Esquizofrenia.
- Cuadro histérico.
- Síndrome de Gertman (conducta paradójica en el contexto de una privación de libertad).

8. Semiología de la psicomotricidad

Se explora básicamente por medio de la observación.

1) Agitación psicomotriz

Se trata de un síntrome psicomotor altamente inespecífico y con numerosas presentaciones. En sus expresiones más extremas implica un importante factor de riesgo para la integridad física y seguridad del paciente y de su ambiente, por lo que constituye uno de los criterios de ingreso psiquiátrico.

Hiperactividad física y motora, que incluye una rápida sucesión de movimientos, gestos e impulsos que pueden ser más o menos intencionales o automáticos; pero que frecuentemente parecen no tener objetivo.

Se gradúa en diversos niveles de intensidad:

a) Hiperactividad

El paciente presenta profusión de movimientos, pero aún adecuados al ambiente.

b) Inquietud

El paciente presenta profusión de movimientos que comienzan a escapar de su control, junto con ansiedad y angustia y la vivencia emocional es negativa.

c) Excitación

Agudización de la inquietud con pérdida del control sobre el movimiento.

d) Agitación

La pérdida de control es absoluta.

El paciente se puede lesionar o lesionar a otros.

El paciente presenta profusión de movimientos pero aún adecuados al ambiente.

- Cuadros confusionales.
- Cuadros psicóticos.
- Cuadros maníacos.
- Cuadros de ansiedad.

2) Inhibición psicomotora

Se trata del otro gran síndrome psicomotor que se corresponde inversamente con la agitación psicomotora. De igual modo que ésta, es altamente inespecífica y tiene numerosas representaciones. También en sus expresiones más extremas implica un importante factor de riesgo para la integridad física y seguridad del paciente y constituyo uno de los criterios de ingreso psiquiatrico.

Disminución de la frecuencia e intensidad de los movimientos, gestos e impulsos.

Se gradúa en diferentes niveles de intensidad, desde una ligera ralentización hasta pacientes con estupor (grado máximo). En ese caso se observa lo siguiente:

Profunda inhibición motora y conductual.

Tendencia a la inmovilidad (quedarse en la cama sin moverse, etc.).

Amimia.

Ausencia de impulsos.

Negativismo.

Disminución y/o ausencia de impulsos por la conservación de la vida (comer, defensa, etc.).

- Trastornos del SNC.
- Cuadros depresivos.
- Cuadros catatónicos.
- Cuadros psicóticos.

3) Estereotipias

Repetición reiterada e innecesaria de un acto que puede aparecer en la mímica facial o en la expresión corporal general.

Deben diferenciarse de los movimientos y gestos automáticos característicos de cada persona.

- Trastornos del SN (demencias, etc.).
- Esquizofrenia crónica con deterioro.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.

4) Manierismos

Movimientos parásitos que aumentan la expresividad de los gestos y la mímica.

- Trastornos del SN (demencias, etc.).
- Esquizofrenia (sonrisa insípida, etc.).

5) Catatonia

Síndrome de inhibición motora profunda que incluye ausencia de reacción ante los estímulos ambientales. Incluye:

- Catalepsia.
- Negativismo.
- Estupor.
- Mutismo.
- Rigidez muscular.
- Estereotipias.

En la catalepsia se produce un fenómeno de actitud inmóvil, con la musculatura rígida. El sujeto se mantiene en la situación y postura en la que se coloca, aunque sea forzada y/o incómoda, sin oponerse (flexibilidad cerea).

Puede darse el fenómeno de la obediencia automática y/o repetición automática (ecopraxia, ecolalia, ecomimia).

- Trastornos del SNC.
- Esquizofrenia.

6) Tics

Movimientos rápidos y espasmódicos que aparecen en cara, cuello y cabeza, y en menor medida, en otras partes del cuerpo, de manera repetida e involuntaria y que no tienen sentido (parpadeo forzado, cerrar los ojos, estirar el pelo, etc.).

Frecuentemente surgen en torno a los siete años y más en hombres que en mujeres.

Los tics aumentan en situaciones de tensión emocional, se acentúan con la distracción y desaparecen durante el sueño. El intento de control voluntario del tic genera en el sujeto más ansiedad, lo cual produce un nuevo aumento de ellos.

- Tics transitorios de la infancia. Aparecen antes de los doce años y desaparecen en la adolescencia. Presencia esporádica en situaciones de tensión.
- Tics motores crónicos. Aparecen después de los quince años y se cronifican.
- Síndrome de Gilles de la Tourette.
- Cuadros de ansiedad (trastornos de ansiedad generalizada).
- Cuadros y trastornos obsesivoides.

7) Temblor

Movimientos oscilatorios, regulares, involuntarios y rítmicos que aparecen en una parte del cuerpo en torno a un punto fijo (una articulación). Suele localizarse en las extremidades, pero puede aparecer en cualquier parte del cuerpo.

- Temblor de reposo. Tiende a disminuir cuando el enfermo inicia una acción.
  - E. Parkinson.
  - Efecto secundario neurológico. Parkinsonismo neuroléptico.

- Temblor de acción. El temblor aparece cuando se inicia una acción, especialmente si es de tipo motricidad fina (enhebrar una aguja).
- Cuadros de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada).

8) Convulsiones

Movimientos en forma de contracciones violentas de la musculatura voluntaria, localizados en uno o diversos grupos musculares o generalizados en todo el cuerpo.

- Epilepsia.
- Focos irritativos en el SNC.
- Trastornos del SNC.
- Cuadros histéricos. Crisis histeriformes.

9. Semiología del sueño

La Psicopatología abarca tanto los trastornos y enfermedades específicos de esta función que constituyen un área concreta de la Psicopatología con entidad propia (trastornos primarios del sueño), como las formas semiológicas, que hay en la mayoría del resto de trastornos. Éstos nos interesan en este segundo sentido. En este caso se habla de "sintomatología del sueño" para diferenciarla de los trastornos primarios y se considera que constituyen manifestaciones patológicas secundarias en la mayoría de trastornos y enfermedades psicopatológicas.

De hecho, son tan frecuentes que su presencia, una alteración en la función del sueño, suele constituir la primera señal de aviso de que "algo no va bien" para el ser humano. Por ello, son altamente inespecíficos y no orientan la dirección y/o diagnóstico del problema. A la vez, constituyen un buen indicador de recuperación y mejora en el curso de la enfermedad/trastorno.

La función del sueño debe explorarse siempre y la exploración se hace mediante la entrevista con preguntas cortas y directas. Es importante diferenciar entre las horas del sueño real que mantiene el paciente y la percepción subjetiva de éste (calidad del sueño); es decir, la valoración que hace el enfermo de si duerme bastante o no y de si el sueño es o no reparador. Además, habrá que tener en

cuenta las variaciones normales asociadas a la edad (necesidad de menos horas de sueño y más repartido con más edad) y otros factores, como los climáticos.

1) Insomnio

Es el trastorno más frecuente y se define por la reducción del tiempo total de sueño y de la calidad del mismo.

Semiológicamente se describen tres clases de insomnio:

2) Insomnio de primera hora o de conciliación del sueño

Se define como la dificultad para dormirse.

Normalmente hay un estado de ansiedad que se retroalimenta.

Ansiedad —— Dificultad para conciliar el sueño —— Preocupación por ello —— Más ansiedad

También pueden influir modificaciones en el ambiente físico (ruido, calor, comidas fuertes, etc.) y modificaciones de horarios.

3) Insomnio intermedio o intercalado o despertares frecuentes

Se define como pequeños despertares frecuentes durante el sueño.

Hay que explorar si el despertar es espontáneo o provocado y si al paciente le cuesta volver a dormirse.

También hay que tener presente la variabilidad individual (facilidad para despertarse) y el hecho de que la edad favorece este fenómeno.

4) Insomnio de segunda hora o despertar precoz

Se define como despertarse de madrugada (a las cuatro, las cinco o las seis) con total lucidez y no poder volver a conciliar el sueño.

Generalmente viene acompañado por un malestar afectivo general, sensación de tristeza y pensamientos negativos.

También pueden influir modificaciones en el ambiente físico (ruido, calor, comidas fuertes, etc.) y modificaciones de horarios.

5) Hipersomnia

Somnolencia excesiva vivida patológicamente por el paciente.
Semiológicamente, se describen tres maneras diferentes:

- Intrusión del sueño en la vigilia porque se activan los mecanismos de éste. Necesidad imperiosa de dormir durante el día.
- Insuficiencia de los sistemas de alerta. Dificultad para despertarse o sensación constante de aturdimiento durante el día.
- Exceso de sueño nocturno, más allá de lo habitual en el sujeto.
- Clínicamente diferenciamos entre las siguientes:
- Hipersomnias sintomáticas o secundarias a una cantidad importante de alteraciones y enfermedades médicas.
- Hipersomnias funcionales o primarias asociadas a trastornos psicopatológicos como problema primario.

6) Narcolepsia

Se trata de un cuadro caracterizado por crisis de hipersomnia de aparición súbita y de breve duración.

- Los ataques tienen una duración de cinco a diez minutos y acaban de modo tan súbito como empiezan. El sujeto recuerda lo que hacía antes del episodio, pero no su duración.
- La frecuencia es de uno a cuatro al día o más.
- Aparecen durante la adolescencia o juventud de igual modo en ambos sexos.
- Se considera que la genética tiene gran importancia en su etipatogenia.

Síntomas:

- Catalepsia: pérdida súbita del tono muscular con incapacidad para moverse con conciencia normal de unos pocos segundos.
- Parálisis del sueño: Imposibilidad de moverse durante el adormecimiento y/o el despertar manteniendo conciencia de la situación, que se vive con gran anggustia y que se recupera de manera espontánea.

- Alucinaciones hipnagógicas e hipnapómpicas.
- Algunas veces se producen cuadros de fuga o conductas automáticas.

7) Pesadillas

Recuerdos de sueños terroríficos y prolongados que dejan recuerdos vívidos, cuyos contenidos suelen centrarse en amenazas para la propia supervivencia, seguridad o autoestima o hacen referencia al estado mental o problemas del paciente. Al contrario de lo que sucede en el trastorno primario, el sujeto se puede despertar o no, pero siempre conserva un recuerdo detallado al día siguiente, junto con una vivencia emocional negativa.

8) Miedos nocturnos o terrores nocturnos

Aparición súbita en el sueño de una inmensa agitación corporal o vegetativa acompañada de pánico.

El cuadro clínico se configura de la siguiente manera:

- Aceleración del pulso y la respiración.
- Midriasis y sudor.
- El sujeto llora, gime o emite palabras.
- Sensación que el sujeto presenta de miedo intenso.
- Puede estar asociada al sonambulismo.

Es difícil despertar al paciente, que a menudo presenta amnesia del episodio, mientras que otras veces recuerda una sensación indefinida, pero muy marcada por el miedo.

Hay que distinguirlas de las pesadillas. Éstas se dan en la fase REM, mientras que los sueños nocturnos se dan en las fases III y IV y la emoción del sujeto no se corresponde con el terror.

Son relativamente frecuentes, no tienen significación clínica entre los cinco y los siete años y después tienden a desaparecer.

Se han descrito fuertemente asociados a los trastornos de personalidad dependiente, pasivoagresiva y esquizoide.

10. Semiología de la afectividad

1) Emociones

Son afectos bruscos y agudos que se desencadenan por una percepción (externa o interna) o representación y tienen mucha correlación semántica.

- Suelen se poco duraderas.
- El estímulo puede ser real, imaginario o simbólico.
- Manifestaciones fisiológicas:

– Reacciones vasomotoras (rubor, palidez).
– Reacciones intestinales (diarrea).
– Secreciones (sudor, lagrimeo).
– Reacciones circulatorias (taquicardia, cambios de tensión).
– Espasmos.

Muchas de estas respuestas son objetivables y se pueden registrar.

En la emoción se produce un desequilibrio psíquico y somático que actúa como estimulante para movilizar los mecanismos de adaptación del individuo frente al desencadenante. Pero la reacción del individuo no sólo depende del agente que la provoca, sino también de su reactividad.

2) Humor o estado de ánimo

Es un tipo de afecto de instauración más lenta y progresiva que las emociones y surge, generalmente, de manera cíclica, pero también ciertos estímulos externos (psicológicos u orgánicos) pueden influir en su aparición y duración.

Así como la emoción constituye una respuesta transitoria del individuo, el humor corresponde a un marco o predisposición de sensibilidad emocional. A menudo, en la emoción hay un factor o situación desencadenante, mientras que en los cambios de humor es difícil hallarlo.

3) Ansiedad o angustia

En la tradición latina se habla de angustia, mientras que los anglosajones hablan de ansiedad. Hay una diferencia de grado y una cualitativa, pero en la práctica ambos términos se emplean del mismo modo.

La ansiedad es un constructo que está en el bagaje del comportamiento humano normal. En el ámbito individual no puede considerarse que toda persona ansiosa responda a una patología.

4) Tristeza patológica

Es una variante del estado de ánimo en que el individuo está pesaroso, triste y afligido. La tristeza es un fenómeno afectivo normal, que surge en el individuo dentro de sus relaciones con el medio, pero también puede estar conducida por factores orgánicos.

5) Euforia patológica

Es una variante patológica del humor, donde el sujeto se encuentra en un estado de euforia e hiperactividad características.

Es una sensación de alegría, bienestar, vitalidad, irritabilidad (especialmente cuando se le contradice).

Dentro de los correlatos cognitivos está el efecto de poder hacerlo todo (megalomanía), habilidades especiales, poderes, etc.

Es perder la objetividad.

Los síntomas descritos aparecen típicamente en los episodios maníacos de T B, donde se presentan con intensidad y amplitud. A menudo no hay un motivo evidente que desencadene el episodio y, en cambio, resulta más característico el curso endógeno en forma de fases.

6) Otros trastornos

- Indiferencia o frialdad afectiva

Se refiere a aquellos sentimientos en que el individuo apenas experimenta sensaciones afectivas en sus relaciones con el mundo exterior, acontecimientos o vivencias. Este síntoma puede ir acompañado de apatía y falta de reactividad emocional.

– Apatía

Aparece en trastornos orgánicos cerebrales y endocrinos donde puede haber una gran intensidad facial o postural.

– Anedonia

Incapacidad para experimentar placer.

Su interés clínico se encuentra en el hecho de que es uno de los síntomas que mejoran antes con el tratamiento antidepresivo y, por tanto, puede servir como indicador precoz de la respuesta terapéutica.

- Paratimia o inadecuación afectiva

Situación donde la afectividad del individuo no parece adecuada al contexto en que se produce.

Se pueden distinguir dos aspectos:

– Vivencia afectiva.
– Expresión externa de la vivencia.

1. En la esquizofrenia defectual, ambos aspectos pueden ser inapropiados y generalmente este síntoma va unido a otros síntomas negativos.
2. En los síndromes orgánicos cerebrales, frecuentemente hay una inadecuación afectiva a expensas de trastornos de la expresión emocional.

- Labilidad afectiva

Cambios afectivos súbitos, que involucran especialmente la expresión y pueden estar provocados o no por estímulos externos.

La variabilidad afectiva puede ser una característica de personalidad, caso en que hay una correspondencia entre el estado subjetivo y su expresión. En cambio, en los estados de labilidad hay una falta de control de la expresión afectiva, que suele ser desproporcionada al afecto subjetivo. Es frecuente su asociación con la incontinencia emocional.

Se asocia a cuadros demenciales y a otros trastornos degenerativos, pero también puede ocurrir sin déficit intelectual.

- Distimia

Etimológicamente sería ‘toda disfunción del humor'.

El DSM-IV emplea el término *trastorno distímico* para sustituir el concepto de presión neurótica, con lo que ha perdido su carácter de síntoma para pasar a ser un síndrome clínico.

- Disforia

Etimológicamente significa ‘malestar'. Se emplea para referirse a una sensación de malestar general y, más específicamente, a un estado de ánimo depresivo, si bien las definiciones incluyen ansiedad e inquietud.

- Aprosodias

Trastornos del lenguaje afectivo (no preposicional) que surgen en los pacientes con lesiones del HD.

- Alexitimia

Etimológicamente significa ‘falta de palabras para los afectos' y alude a aquellos pacientes con incapacidad para expresar los afectos mediante las palabras. Hay que diferenciarlas de las aprosodias, ya que mientras estas últimas se refieren sólo al lenguaje no proposicional, la alexitimia alude al lenguaje proposicional.

Bibliografía

Capítulo I

Referencias bibliográficas

OMS (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor
Requena, E.; Jarne, A. (2000). "Sistemas de clasificación y diagnóstico en Psicopatología". En: A. Jarne y A. Talarn (ed.). *Manual de Psicopatología Clínica*. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer y Paidós.
Talarn, A.; Torres, A. (2001). "Algunos comentarios a propósito del DSM-IV-R". *Aula médica psiquiatría,* núm. 5, 279-300.

Capítulo II

Bibliografía básica

American Psyquiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (1995). Barcelona: Masson.
Ayuso, J.L. (1988). *Trastornos de angustia*. Barcelona: Martínez Roca.
Bados, A. (1995). *Agorafobia I y II*. Barcelona: Paidós.
Botella, C.; Ballester, R. (1995). "Trastorno por pánico". En: V.E. Caballo; G. Buela-Casal; J.A. Carrobles (dir.). *Manual de Psicopatología y trastornos psiquiátricos* (vol. 1). Madrid: Siglo XXI (pág. 365-408).
Buendía, J. (1993). *Estrés y Psicopatología*. Madrid: Pirámide.
Gradillas, V. (1995). *Psicopatología descriptiva*. Madrid: Pirámide.
Jarne, A.; Talarn, A. (2000). *Manual de Psicopatología Clínica*. Barcelona: Ed. Paidós.
Sandín, B.; Chorot, P. (1996). "Evaluación del estrés psicosocial". En: G. Buela; V. Caballo; C. Sierra (dir.). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
Vallejo, J.; Berrios, G.E. (1995). *Estados obsesivos*. Barcelona: Masson.

Referencias bibliográficas

Achotegui, J. (1994). "Psychopathological problems in immigrant families". *AWR-Bulletin* (núm. 4, pág. 187-194).
Beach, A.F.; Ford, S.C. (1969). *Conducta sexual*. Barcelona: Fontanella.
Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. Nueva York: Basic Books.
Carner, P. (1983). *Out of the shadows: Understanding sexual addiction*. Minneapolis: Comcare.

Carrobles, J.A.; Sanz, A. (1991). *Terapia sexual*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
Castillo, R.J. (1997). *Culture and Mental Illness*. Brooks.
Crespo, M.; Labrador, F.J.; Puente, M.L. (1994). "Trastornos sexuales". En: A. Belloch, B. Sandín; Ramos, F. (ed.). *Manual de Psicopatología* (pág. 403-464). Madrid: McGraw Hill.
Davidson J.R.T.; Foa, E.B. (1991). "Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: considerations for the DSM IV". *Journal of Abnormal Psychology*, 346-355.
Farré, J.M.; Lasheras, M.G. (1998). "Disfunciones sexuales". En: J.L. Vázquez-Barquero (ed.). *Psiquiatría en atención primaria* (pág. 407-428). Madrid: Aula Médica.
Freund, K. (1990). "Courtship disorders". En: W.L. Marshall; D.R. Laws; H.E. Barbaree (dir.). *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. Nueva York: Plenum Press.
Garfinkel, P.E.; Garner, D.M. (1982). *Anorexia nervosa. A: multidimensional perspective*. Nueva York: Bruner-Mazel.
Guardia, J.; Jarne, A.; Gutiérrez J; Gutiérrez, F.J. (1998). "Desastres tecnológicos: estilo atribucional y estrés postraumático". *Anuario de Psicología* (29, 3, pág. 45-59).
Hawton, K. (1985). *Sex therapy*. Londres: Oxford Univ. Press. Traducción castellana: *Terapia sexual*. Barcelona: Doyma, 1988.
Hollander, E.; Simeon, D.; Gorman, J.M. (1996). "Trastornos de ansiedad". En: R.E. Hales; S.C. Yudofsky; J.A. Talbott (1996). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ancora.
Horwath, E.; Lish, J.D.; Johnson, J.; Horning, C.D.; Weissman, M.M. (1993). "Agoraphobia without panic: Clinical reappraisal of an epidemiologic finding". *American Journal of Psychiatry* (núm. 150, pág. 1.496-1.501).
Jordan, B.K.; Marmar, C.R.; Fairbank, J.A.; Schlenger, W.E.; Kulka, R.A.; Hough, R.L.; Weiss, D.S. (1992). "Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder". *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (núm. 60, pág. 916-926).
Kaplan, H.J.; Sadock, B.J.; Grebb, J.A. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
Kaplan, H.S. (1987). *Sexual aversion, sexual phobias and panic disorder*. Nueva York: Brunner/Mazel.
Kaplan, H.S. (1992). "El deseo trastornado". En: E.F.L. Ochoa; C. Vázquez (ed.). *El libro de la sexualidad* (pág. 228-231). Madrid: El País.
Kaplan, H.S. (1978). *La nueva terapia sexual*. Madrid: Alianza Bolsillo.
Katun, W.; Roy-Byrne, P.P. (1991). "Mixed anxiety and depression". *Journal of Abnormal Psychology* (núm. 100, pág. 245-260).
Lopiccolo, J.; Lopiccolo, L. (1980). *Handbook of Sex Therapy*. Nueva York: Plenum Press.
Marks, I.M. (1969). *Fears and Phobias*. Londres: William Heineman.
Morera, J.; Calvo, E. (1998). "Trastornos adaptativos". En: J.L. Vazquez-Barquero (ed.). *Psiquiatría en atención primaria*. Madrid: Aula Médica.
Organización Mundial de la Salud (1992). *C.I.E. 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.
Paúl, J. (1995). "Trastorno por estrés postraumático". En: V.E. Caballo; G. Buela-Casal; J.A. Carrobles (dir.). *Manual de Psicopatología y trastornos psiquiátricos* (vol. 1). Madrid: Siglo XXI (pág. 443-470).

Sánchez-Planell, L. (1993). "Trastornos de la alimentación". En: J. Vallejo (ed.). *Introducción a la Psicopatología y la psiquiatría* (pág. 276-295). Barcelona: Salvat.
Schneier, F.R.; Johnson, J.; Hornig, C.; Liebowitz, M.R. (1992). "Social phobia: Comorbility and morbility in an epidemiologic sample". *Archives of general Psychiatry* (núm. 49, pág. 282-288).
Soler, P.A.; Gascon, J. (1999). *RTMII Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
Tizón, J.L. (1992). "La salud mental en atención primaria de salud". En: J.L. Tizón (ed.). *Atención primaria en salud mental y salud mental en atención primaria*. Barcelona: Doyma.
Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel.
Toro, J.; Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
Turón, V. (1997). *Trastornos de la alimentación: anorexia, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson.
Williamson, D.A. (1990). *Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia and bulimia nervosa*. Lousiana: Pergamon Press.
Wilson, G.T.; Walsh, B.T. (1991). "Eating disorders in the DSM-IV". *Journal of Abnormal Psychology* (núm. 100, pág. 362-365).

Capítulo III

Referencias bibliográficas

Abella, D. y col. (1981). *Psiquiatria Fonamental*. Edicions 62: Barcelona.
Chmura, H.; Stice, E.; Kazdin, A.; Offor, D. (2001). "How do risk factors work together? Moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors". *The American Journal of Psychiatry* (núm. 158, junio, pág. 6).
Feixas, G.; Miró, M.T. (1994). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Ed. Paidós
Gutiérrez Maldonado, J."Patología del temperamento y la personalidad". Universidad de Barcelona.
Ivanov, V. (1991). "Biological Bases. Cerebrum and Behaviour". En: A. Seva (ed.). *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health* (pág. 51-62). Rubí: Anthropos, Editorial del Hombre.
Laborit, H. (1991). "Animal Experimentation in Psychiatry". En: A. Seva (ed.). *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health* (pág. 134-141). Rubí: Anthropos, Editorial del Hombre.
Prochaska, J.O.; Norcross, J.C. (1994). *Systems of Psychotherapy. A transtheoretical analysis*. California: Brooks/Cole publishing.
Tamparillas, M.; Gascón, A. (1991). "Genetic Considerations in Mental Disorders". En: A. Seva (ed.). *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health* (pág. 63-79). Rubí: Anthropos, Editorial del Hombre.