

PSICOPATOLOGÍA 1

CONCEPTOS BÁSICOS

Unidad 1. Conceptos básicos de psicopatología

- 1.1 Conceptos de psicopatología
- 1.2 Historia de la psicopatología
- 1.3 Concepto de Enfermedad mental
- 1.4 El modelo biológico
- 1.5 El modelo psicodinámico
- 1.6 El modelo humanístico
- 1.7 El modelo conductual

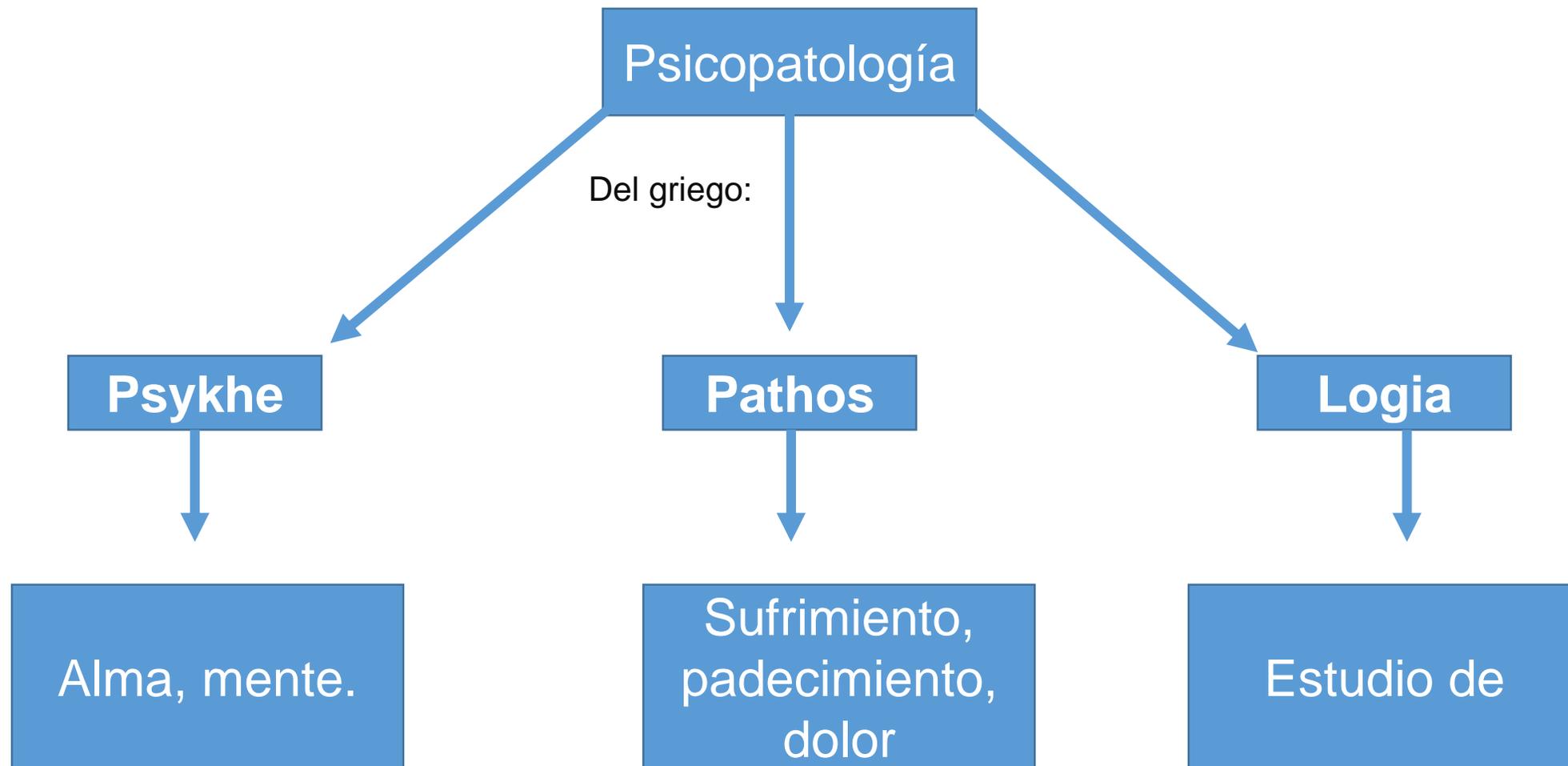
- La psicología anormal es el área de la psicología que se enfoca en la conducta desadaptada junto con sus causas, consecuencias y tratamiento.
- Esta disciplina está relacionada con la forma en que se siente ser diferente y el comportamiento de la sociedad hacia las personas que considera diferentes, además de los significados ligados a ello.

- Este espectro incluye problemas relacionados con las capacidades para:
 - 1) Pensar de forma lógica y racional.
 - 2) Enfrentar de manera efectiva el estrés y los desafíos que se presentan en diferentes situaciones y a lo largo de la vida.
 - 3) Demostrar estabilidad emocional y crecimiento. Cuando la salud mental se deteriora, pueden surgir problemas en diferentes áreas

- Entre ellos, los siguientes:
- Baja autoestima (“No soy bueno”)
- Distorsión de la realidad (“Todos están en mi contra”)
- Menor competencia (por ejemplo, social y laboral)
- Ansiedad (“Me siento tenso todo el tiempo”) Depresión (“La vida no vale la pena”)
- Ira (“Me enfurezco veinte veces al día”)
- Reactividad fisiológica intensificada (por ejemplo, taquicardia e hipertensión)

- Los problemas de salud mental demandan mucho de las personas que los experimentan y las comunidades deben tratar con ellos de alguna manera.
- Los problemas de salud mental representan más de la mitad de las enfermedades discapacitantes que afligen a las personas alrededor del mundo (Murray y López, 1996).
- Las diez principales causas de discapacidad en el mundo incluyen la esquizofrenia, los trastornos del estado de ánimo (depresión y manía) y el alcoholismo

1.1. Concepto de psicopatología



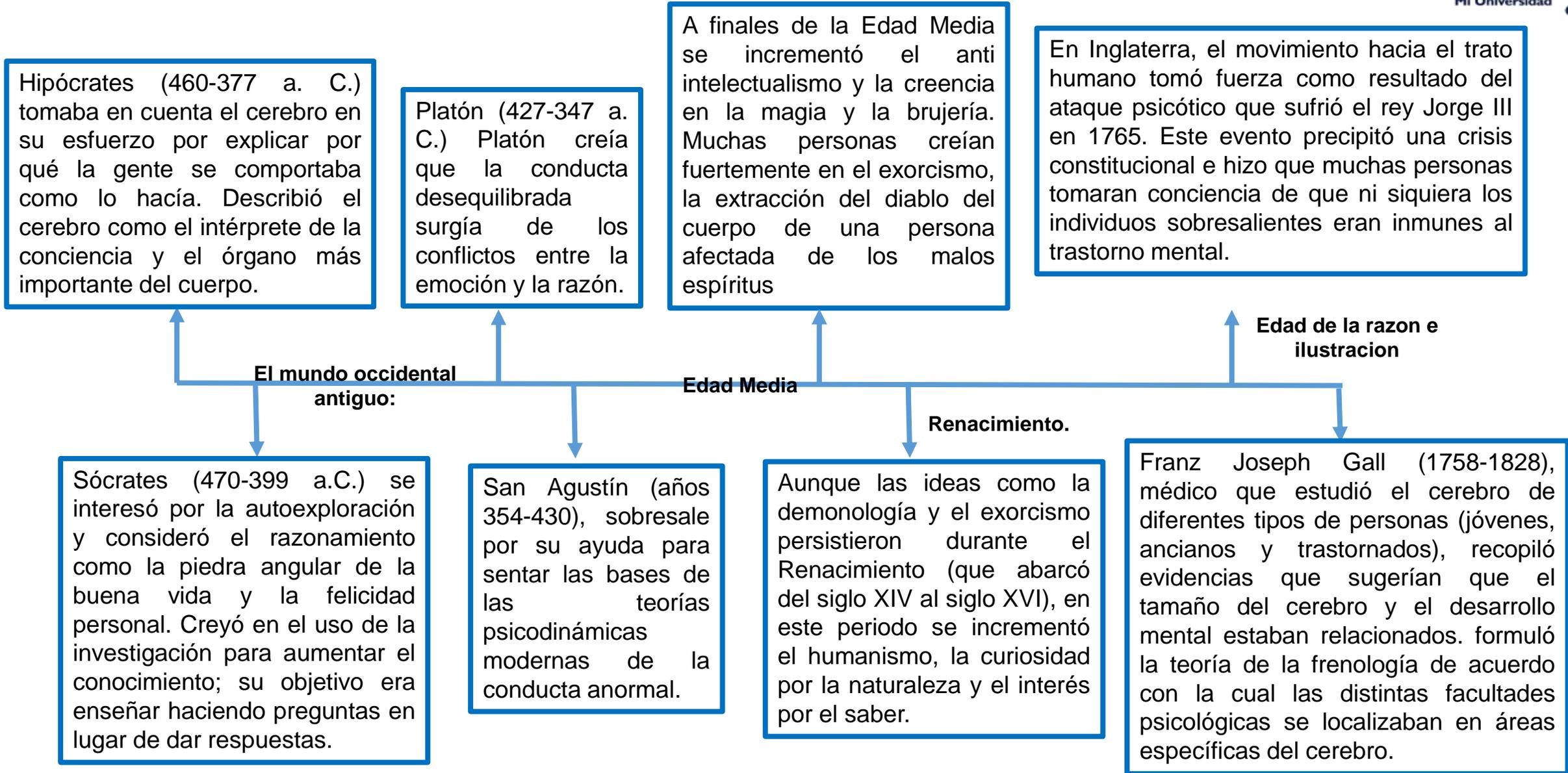
- **Estudio de las causas, síntomas, evolución y tratamiento de los trastornos mentales.**
- **En un sentido amplio la Psicopatología integra también conocimientos sobre la personalidad, la conducta patológica, la estructura familiar y el entorno social.**

- La psicología anormal trata sobre cómo se siente ser diferente, cómo los demás interpretan esas diferencias y la forma en que la sociedad trata a los que considera diferentes.
- Para interpretar la conducta anormal es necesario entender el papel que juegan el estrés, la vulnerabilidad personal y la resiliencia.

Conducta adaptada e inadaptada

- Adaptación, se refiere a la capacidad o incapacidad de las personas para modificar su conducta en respuesta a los cambios en su entorno.
- La conducta desviada o inusual, por lo general, no es inadaptada.
- La conducta desadaptada se refiere a la conducta que causa problemas en la vida.
- Además, abarca desde miedos relativamente menores pero perturbadores, hasta una alteración severa de la realidad y la incapacidad para funcionar de manera independiente.

Historía de la psicopatología



Siglo XVIII

En los primeros años de la Colonia, por lo general se ignoraba a los enfermos mentales hasta que requerían de alguna acción porque se consideraban una molestia o una amenaza para la comunidad.

El movimiento de la
Reforma en América.

Los enfermos mentales fueron identificados con criminales y mendigos. En algunas comunidades, un grupo de estas personas se transportaba en una diligencia a mitad de la noche y se deshacía de ella en la plaza principal de alguna localidad distante.

Concepto de enfermedad mental

- La forma en que se conceptualiza la conducta desadaptada influye en la manera en que se estudia y el modo en que se trata a los individuos con diversos tipos de problemas de pensamiento, estado de ánimo y conducta.

Enfoque orgánico

- “Las enfermedades mentales son enfermedades cerebrales”
- Detrás de esta perspectiva se encontraba el supuesto de que el material (las neuronas) provoca, casi siempre, la manifestación mental (infelicidad personal).

Enfoque interaccional o biopsicosocial

- Es el que actualmente dirige el trabajo de la mayor parte de los investigadores y médicos.
- Desde esta perspectiva, es necesario considerar las instancias de conducta desadaptada en términos de la operación de variables psicológicas, biológicas y sociales.

- Se supone que la relativa importancia o papel de estos factores en causalidad varíe según el problema de que se trate.
- Por ejemplo, la esquizofrenia parece estar fuertemente relacionada a los factores genéticos. Sin embargo, esto no significa que los factores genéticos por sí solos determinen la naturaleza de la enfermedad y que los factores psicológicos y sociales carezcan de importancia.

Modelo Biológico

- La perspectiva biológica considera las perturbaciones orgánicas como la causa de la conducta trastornada.
- Estas perturbaciones se pueden deber a un defecto genético, a una lesión o infección antes o después del nacimiento o a una disfunción fisiológica más o menos temporal provocada por alguna condición que se presenta en un momento determinado.

- Factores genéticos
- Investigaciones recientes han identificado muchos genes que contribuyen a generar una variedad de trastornos.
- La genética de la conducta hace hincapié en la interacción de la herencia y el ambiente.

Sistema nervioso y el cerebro

- Las dos divisiones principales del sistema nervioso son el sistema nervioso central (SNC), las células nerviosas del cerebro y la médula espinal, y el sistema nervioso periférico (SNP), las neuronas que conectan el SNC con las glándulas, los músculos y los receptores sensoriales.
- Las investigaciones han demostrado que el desarrollo del cerebro es maleable y que en ocasiones depende de la estimulación ambiental.

- Sistema endocrino
- El sistema endocrino está compuesto por varias glándulas, entre ellas la pituitaria, tiroidal, adrenal y gonadal (sexual).
- Estas glándulas son de secreción interna, lo que significa que descargan hormonas directamente en el flujo sanguíneo.
- El sistema endocrino juega un papel importante en las reacciones ante el estrés.

Integración de los sistemas biológicos y psicológicos

- Una contribución importante de la perspectiva biológica es la terapia con fármacos.
- Numerosos fármacos se utilizan para tratar la conducta desadaptada. Sin embargo, es importante reconocer los múltiples determinantes de la conducta anormal que incluyen las interacciones entre el ambiente físico, los factores psicológicos y el funcionamiento biológico.

Modelo psicodinámico

- La perspectiva psicodinámica ha buscado en la mente los elementos más importantes, las causas, de qué tan bien o mal funcionan las personas.
- Sin embargo, existe un creciente reconocimiento por parte de los teóricos psicodinámicos de la conveniencia de conceptualizar lo biológico y lo mental como una mutua influencia en la vida humana.

- La perspectiva psicodinámica se basa en la idea de que los pensamientos y las emociones son causas importantes de la conducta.
- Los enfoques psicodinámicos de la conducta suponen que, en distintos grados, la conducta que se observa (las respuestas manifiestas) es una función de procesos intrapsíquicos (sucesos encubiertos).

- Sigmund Freud, el creador de la perspectiva psicodinámica, creía que finalmente todas las conductas se podían explicar mediante los cambios corporales; dio poca importancia a los factores biológicos.
- Freud creía que para entender la conducta era necesario analizar los pensamientos que la preceden y que se asocian con ésta y, para comprender esos pensamientos, se deben explorar las emociones y sentimientos más profundos de una persona.

Freud y el psicoanálisis

- Los dos supuestos básicos de las teorías de Freud sobre la personalidad son el determinismo psíquico y la dimensión consciente/inconsciente.
- Esta última incluye tres niveles de conciencia: el consciente, el preconsciente y el inconsciente.

- La teoría de Freud otorga gran importancia a los primeros cinco años de vida.
- Creía que durante este periodo, la libido, o los impulsos humanos básicos, se centran en una serie de zonas erógenas o fuentes de placer específicas.

- Su teoría dividió el mundo mental en tres estructuras: el ello, el yo y el superyó.
- Freud también dio mucha importancia al concepto de la ansiedad y al uso de los mecanismos de defensa para controlar la ansiedad.
- Creía que el más importante de los mecanismos de defensa era la represión.

Evaluación de la teoría psicoanalítica

- El psicoanálisis es tanto un marco teórico como un método terapéutico.
- Su evaluación completa será posible sólo cuando su eficacia terapéutica pueda ser evaluada objetivamente y sus conceptos explorados utilizando métodos científicos (por ejemplo, el experimento).

El modelo humanístico

- La perspectiva humanista-existencial
- Sus raíces se encuentran en diversos sistemas filosóficos y religiosos que dan importancia a la dignidad, la bondad inherente y la libertad de la naturaleza humana.
- El desarrollo de esta perspectiva dentro de la psicología fue en parte un producto de esta tradición y en parte una reacción ante las concepciones menos halagüeñas de la naturaleza humana, características del psicoanálisis y del conductismo radical.

- Los clínicos humanistas consideran que las influencias ambientales indeseables son desestabilizadores de la autorrealización, en tanto que los existencialistas hacen hincapié en la responsabilidad de un individuo de manejar, de manera realista, lo que el ambiente le depara.

- Uno de los supuestos del punto de vista humanista es que en cada persona existe una fuerza activa que se esfuerza hacia la autorrealización, un deseo de ser “todo lo que tú puedes ser”.
- Cuando la personalidad humana se abre a un ambiente benigno da a estas fuerzas creativas un reinado libre y surge la naturaleza interna positiva del ser humano.
- La miseria humana y la patología, por el otro lado, son fomentadas por los ambientes que frustran las tendencias naturales del individuo hacia su propia realización.

- Carl Rogers, relacionó la capacidad de la persona para lograr el entendimiento de sí mismo y la autorrealización con respecto a su autoestima y la percepción que tiene de la aceptación por parte de los demás.

- Para Rogers, la psicoterapia es una situación en la cual buscan ayuda las personas ansiosas o con problemas, que tienen poco respeto por sí mismas y una percepción distorsionada de ellos y del mundo.
- Afirma que las personas sanas son aquellas que se alejan de los papeles creados por las expectativas de los demás, es decir, que no pretenden ser lo que no son.
- En vez de ello, aprenden a confiar en sí mismas y rechazan los falsos yo que los demás han creado para ellas.

- Por otra parte, las personas neuróticas y psicóticas tienen un concepto de sí mismas que no concuerda con sus experiencias.
- Temen aceptar sus propias experiencias como válidas, de manera que las distorsionan, ya sea para protegerse o para obtener la aprobación por parte de los demás.

- La labor de los terapeutas Rogerianos no es proporcionar interpretaciones ni dar consejos: el terapeuta debe aceptar que los pacientes tienen el derecho al valor y la dignidad a pesar de sus problemas.
- Esta aceptación significa que el terapeuta debe comprender los sentimientos del paciente, sin importar lo positivo o negativo que sean o la forma en que se contrapongan a las propias actitudes del terapeuta.
- Rogers creía que “no existe el conocimiento científico; sólo existen percepciones individuales de lo que parece ser ese conocimiento para cada quien.”

El punto de vista existencial

- Los existencialistas centran su atención en la necesidad de ayudar a las personas a establecer sus propios objetivos y después a realizar elecciones constructivas para lograrlos.

- Los teóricos existencialistas hacen hincapié en la autodeterminación, elección y la responsabilidad del individuo para sobreponerse a las fuerzas ambientales.
- “Nosotros somos el resultado de nuestras propias elecciones”, identifica a los existencialistas.
- “Nuestra existencia y su significado están en nuestras manos y sólo nosotros podemos decidir cuáles serán nuestras actitudes y conductas.”

- La pregunta del significado de la vida es muy relevante desde el punto de vista del existencialismo.
- Frankl argumenta que la conducta es guiada por los significados, valores y propósitos que caracterizan la vida de una persona.

- Él creía que la vida, a fin de cuentas, significa asumir responsabilidades para encontrar las respuestas correctas a sus problemas y completar las actividades que constantemente se establecen para cada individuo.
- Frankl utilizó el término logoterapia (del término griego logos, que quiere decir “significado”) para describir su enfoque humanístico-existencial del tratamiento.

- La perspectiva humanista-existencial es más una posición filosófica que una teoría científica formal. Sin embargo, considera aspectos cruciales de la existencia humana. Los autores humanístico-existenciales creen que la psicología científica pierde la marca, si hace hincapié en la conducta observable e ignora la vida interior de individuo, en especial las motivaciones y los tipos de personalidad (Cain & Seeman, 2002; Schneider, 2001).

- La perspectiva cultural-comunitaria dirige su atención hacia los papeles que se juegan debido a factores propios de la comunidad (por ejemplo, pobreza) y la diversidad cultural en la conducta desadaptada.
- Los psicólogos comunitarios centran su atención en la falla de los sistemas de apoyo social como la causa de las desadaptaciones.
- Destacan la intervención preventiva, como los programas especiales en las escuelas, y los programas para grupos específicos que son de alto riesgo porque necesitan ayuda para resolver los problemas de la vida.

- Los factores culturales juegan un papel en el fracaso de la red de apoyo de una persona para ser útil, no porque los miembros deseen jugar un papel negativo sino porque sus valores, creencias y hábitos prevalecientes en una cultura en particular pueden aplicarse a ciertas situaciones.
- Las variaciones culturales juegan un papel ya sea en la conducta desadaptada por la que se busca ayuda clínica o en la situación de terapia.

- Los defensores de la psicología comunitaria no niegan el papel de la historia de la vida o la composición genética como la causa de la conducta desadaptada, pero consideran estos factores como insuficientes para producir tal conducta.
- Por ejemplo, una persona vulnerable a la esquizofrenia puede desarrollar alucinaciones por muchas razones; factores bioquímicos, experiencias traumáticas tempranas o relaciones sociales inusuales, todas son una posibilidad.
- Sin embargo, la presencia de un estresante especialmente fuerte o un colapso del sistema de soporte social de una persona pueden ser importantes por igual en el que se produzca una conducta esquizofrénica

- El enfoque comunitario intenta reducir la conducta desadaptada con medidas preventivas, al intervenir en la vida de las personas antes de que ocurran las catástrofes.
- Los psicólogos comunitarios estudian el ambiente social y los factores que se relacionan con éste, tal como el nivel socioeconómico.
- Cuando se trazan en un mapa los lugares donde viven las personas con incapacidades sociales y psicológicas, se puede demostrar que la frecuencia de esos problemas es mucho más elevada en ciertas áreas que en otras.

- Roles sociales y etiquetamiento
- Todos los individuos pertenecen a grupos sociales.
- Estos grupos moldean la conducta de las personas pues proporcionan refuerzos, castigos y modelos distintivos que son parte de la vida de un ambiente cultural particular.
- Los miembros de un grupo cultural o social comparten un conjunto de significados o símbolos, experimentan un sentimiento de unidad y participan en un sistema de compromisos mutuos.
- El grupo o grupos a los cuales pertenece una persona ejercen una influencia en casi todos los aspectos de su vida.

- Los roles sociales son funciones particulares que una persona tiene como miembro de un grupo social.
- Algunos teóricos sostienen que siempre tratamos de proyectar una imagen y que, en realidad, no tenemos un verdadero yo.

- Irving Goffman (1959) se adhiere a esta posición y argumenta que en todos nuestros encuentros con otras personas adoptamos roles particulares. Cada rol está acompañado por un guión que incluye distintas acciones y señales.
- En efecto, variamos nuestras conductas de manera continua conforme lo requiere la situación.
- Este punto de vista implica que no existe una personalidad fija. Menos extrema y más aceptada que ésta es la posición compuesta: existe una personalidad básica encubierta por la representación de roles en distintas situaciones.
- Las investigaciones demuestran que varios factores ejercen influencia sobre los roles que las personas representan en las relaciones sociales.

- Con frecuencia, estos factores son importantes porque sirven para etiquetar a un individuo en forma particular.
- El etiquetamiento ocurre siempre que las personas son categorizadas con alguna base, ya sea, o no, que esta base sea relevante o justa.
- Las etiquetas pueden ser destructivas porque atraen la atención hacia un aspecto de la persona, mientras ignoran otros que la hacen única.

- Por ejemplo, el rol del paciente mental se considera socialmente inaceptable y la etiqueta de “enfermo mental” con frecuencia causa un daño permanente.
- El daño adquiere muchas formas, que incluyen la discriminación por parte de los demás y sentimientos de inseguridad e inadecuación.
- Las etiquetas negativas conducen a la estigmatización y vergüenza.

- Cuando las personas se sienten estigmatizadas se vuelven reacias a buscar ayuda porque no quieren ser etiquetados como “enfermos mentales” o “locos”.

El modelo conductual

- El conductismo afirma que los seres humanos se comportan de acuerdo con lo que dicta su ambiente.
- Los psicólogos que emplean la perspectiva conductista centran la atención en el aprendizaje. Consideran la conducta como un producto de las relaciones estímulorespuesta (E-R), no de los eventos intrapsíquicos.
- No ahondan en el pasado ni tratan de hacer que las personas piensen por qué son como son.
- Para modificar la conducta, se concentran en la alteración de los aspectos relevantes del ambiente, sobre todo en las fuentes de refuerzo (recompensa).

Condicionamiento clásico

- En el condicionamiento clásico, la respuesta que un organismo da en forma automática ante cierto estímulo, se transfiere a un estímulo nuevo por medio de una asociación entre los dos. El experimento de condicionamiento clásico más famoso fue la investigación por parte del fisiólogo ruso Iván Pavlov (1849-1936) sobre la salivación de los perros.

Clasificación de los trastornos de ansiedad según el DSM-V



- Las clasificaciones constituyen un lenguaje común, una especie de código que adquiere plena significación en la concepción de los profesionales de una disciplina como un grupo de personas con intereses comunes.
- La clasificación permite así la transmisión de contenidos comprensibles por dichos profesionales porque están en posesión del mismo lenguaje, porque entienden el mismo código.

- Un diagnóstico, efectuado en forma de una categoría o en forma del resumen de un proceso, trasciende de la mera sintaxis de la palabra y/o frase; lleva implícito una cantidad importante de información respecto a la realidad clínica, forma de inicio, sintomatología, vivencias e incluso, en ocasiones, a la etiología del trastorno, información que ambos, emisor y receptor, identifican simultáneamente en la categoría diagnosticada.

- Los ejes del DSM-V proporcionan información sobre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la condición de una persona.
- El eje I reporta la mayoría de los trastornos o condiciones incluidos en el sistema de clasificación, excepto los trastornos de la personalidad y el retraso mental. Cuando es necesario describir exactamente a un individuo en particular, se puede listar más de un trastorno en el eje I. En tal caso, el diagnóstico principal se presenta primero

- El eje II trata con trastornos de la personalidad y retraso mental, que empiezan ambos en la niñez o en la adolescencia y que, por lo general, continúan hasta la edad adulta.
- Un ejemplo sería el trastorno de la personalidad en el cual existe una tendencia injustificada a interpretar las acciones de los demás como una amenaza.
- El eje II también se puede utilizar para señalar características de la personalidad desadaptada y mecanismos de defensa que no cumplen con todos los criterios de un trastorno de la personalidad.

- El eje III describe condiciones médicas generales que parecen relevantes para un caso (por ejemplo, los antecedentes de un paciente con respecto de los ataques cardíacos).
- El eje IV describe los problemas psicosociales y ambientales (por ejemplo, problemas de vivienda, un evento negativo de vida o estrés familiar). En algunos casos, estos problemas pueden ser el resultado de dificultades de ajuste creados por el trastorno.

- El eje V es una evaluación global del funcionamiento psicológico, social y de las actividades ocupacionales del paciente. El clínico lleva a cabo una evaluación global de funcionamiento (EGF) al cual califica con una escala del 1 al 100. Las calificaciones bajas indican que los individuos representan un peligro para ellos mismos y para los demás. Las calificaciones altas indican un funcionamiento bueno o superior (por ejemplo, intervenir en una variedad de actividades y ser eficaz en las relaciones interpersonales).

Categorías del eje I. El eje I incluye todos los trastornos clínicos, excepto trastornos de la personalidad y el retraso mental.

<p>Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. (No incluye retraso mental, el cual se diagnostica en el eje II). Éstos incluyen conducta problemática, trastorno del autismo y trastornos del aprendizaje.</p>	<p>Delirio, demencia, amnesia y otros trastornos cognitivos. Impedimentos de la cognición (por ejemplo, déficit de la memoria, incapacidad para reconocer o identificar objetos o un trastorno de la percepción) cuya causa parece ser una o más sustancias y/o condiciones médicas generales.</p>	<p>Trastornos mentales que se deben a una condición médica general no clasificada en otro apartado. Trastorno mental asociado a una condición médica general, la cual se considera su causa.</p>	<p>Trastorno relacionados con el uso de sustancias. Condiciones acusadas por los efectos sociales, conductuales, psicológicos y fisiológicos adversos, causados por buscar o usar una o más sustancias (por ejemplo, alcohol, cocaína y anfetaminas).</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Distorsión significativa de la percepción de la realidad; impedimento para razonar, hablar y comportarse razonable o espontáneamente; impedimento para responder con gusto y motivación apropiados (por ejemplo, delirios, alucinaciones, incoherencia y aislamiento social).</p>	<p>Trastornos del estado de ánimo. Estado de ánimo anormal caracterizado por depresión, manía o ambos síntomas de forma alternada. La depresión se caracteriza por tristeza, melancolía y abatimiento; la manía se caracteriza por excitación, irritabilidad y efusividad.</p>	<p>Trastornos por Altos niveles de ansiedad, tensión o preocupación durante largos periodos que pueden estar acompañados de evitación de situaciones de temor, actos rituales o pensamientos repetitivos.</p>	<p>Trastornos somatomorfos. Síntomas físicos para los cuales no se pueden encontrar causas médicas; preocupación constante de tener una enfermedad física; preocupación exagerada por defectos físicos menores o imaginarios de una persona que por lo demás parece normal.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Trastornos facticios. Síntomas físicos o conductuales que produce el individuo en forma voluntaria, en apariencia con el objeto de representar el papel de paciente y que, con frecuencia, comprenden la mentira crónica y flagrante.

Trastornos disociativos. Cambio repentino y temporal de las funciones normales de la conciencia (por ejemplo, pérdida de la memoria, conciencia o identidad).

Trastornos sexuales y de identidad de género. Dificultad para expresar la sexualidad normal (por ejemplo, confusión sobre la identidad de género, deseo o excitación sexual disminuida, actos sexuales y fantasías que incluyen hacer sufrir o humillar a cualquiera de los compañeros sexuales, y actividades sexuales con niños o con adultos sin su consentimiento).

Trastornos de la alimentación. Alteraciones significativas en la alimentación (por ejemplo, anorexia, comer en exceso).

Trastornos del sueño. Alteraciones en el proceso del sueño (por ejemplo, dificultad para dormirse o permanecer dormido, somnolencia excesiva durante el día, trastorno del ciclo sueño vigilia).

Trastornos del control de los impulsos que no están clasificados en ningún otro apartado. Expresión constante de actos impulsivos que llevan al daño físico o financiero del individuo u otra persona y, con frecuencia, dan como resultado una sensación de alivio o liberación de tensión (por ejemplo, actos de agresión, robo de objetos que no se necesitan, piromanía y apostar en forma desadaptada y recurrente).

Trastornos adaptativos. Reacciones emocionales o conductuales persistentes en respuesta a un causante de estrés identificable (por ejemplo, un evento de vida negativo). Las reacciones pueden estar dominadas por un estado de ánimo depresivo, ansiedad o retraimiento).

Otras condiciones que pueden ser un foco de atención clínica. Presencia de uno o más factores psicológicos o conductuales que afectan a una condición médica general en forma adversa; trastornos del movimiento causadas por medicamentos; problemas de relaciones familiares; problemas relacionados con el abuso o el abandono; reacciones prolongadas de duelo

Categorías del Eje II

- Los trastornos de la personalidad y retraso mental están codificados en el eje II. Estas condiciones empiezan en la niñez o adolescencia y continúan hasta la edad adulta sin sufrir muchos cambios.
- El eje II también se puede utilizar para señalar características prominentes de la personalidad desadaptada que no llegan a los límites de un trastorno de la personalidad.

- Este eje puede no distinguir con suficiente claridad entre los estilos o rasgos de la personalidad que se observan comúnmente, que parecen provocar pocos problemas para el individuo, y los estilos de personalidad rígidos y desadaptados en forma evidente que llevan a la infelicidad o ineficiencia personal.

- Trastornos de la personalidad. Con frecuencia, ciertos patrones dominantes y duraderos de conducta y pensamientos inadaptados que empiezan a principios de la edad adulta interfieren con las relaciones interpersonales normales y reducen la eficacia personal. Puede o no estar presente angustia subjetiva.

Los trastornos de la personalidad especificados en el DSM-V incluyen trastornos de la personalidad paranoide; trastorno de la personalidad esquizoide; trastorno de la personalidad esquizotípico; trastorno de la personalidad antisocial; trastorno de la personalidad limítrofe; trastorno de la personalidad histriónica; trastorno de la personalidad narcisista; trastorno de la personalidad evasiva; trastorno de la personalidad dependiente; trastorno de la personalidad obsesivocompulsiva; y trastorno de la personalidad no especificado en otro apartado.

Retraso mental. Trastornos caracterizados por retrasos en el desarrollo en muchas áreas. Estos trastornos se caracterizan en forma predominante por un funcionamiento intelectual reducido dominante así como problemas de aprendizaje específicos. Los niveles de retraso varían desde leves (CI que varían de 50 a 70) hasta profundo (CI por debajo de 20 o 25).

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

- Generalmente, el término ansiedad se define como un sentimiento de miedo y aprensión difuso, vago y muy desagradable. La persona ansiosa se preocupa mucho, sobre todo por los peligros desconocidos. Además, muestra combinaciones de los siguientes síntomas: ritmo cardiaco acelerado, respiración entrecortada, diarrea, pérdida del apetito, desmayos, mareos, sudoración, insomnio, micción frecuente y estremecimientos.

- Todos estos síntomas físicos se presentan tanto en el miedo como en la ansiedad. La diferencia entre miedo y ansiedad es que las personas que tienen miedo pueden decir fácilmente a qué le temen.
- Por otro lado, las personas que se sienten ansiosas no están conscientes de las razones de sus temores. De manera que, aunque el miedo y la ansiedad tienen reacciones similares, la causa de la preocupación es evidente en el primer caso pero no es muy clara en el segundo.

- Para las personas que sufren de trastornos de ansiedad, a menudo los pensamientos intrusivos toman la forma de preocupaciones sobre acontecimientos y consecuencias futuras probables, o interpretaciones catastróficas de acontecimientos pasados que destacan lo negativo, especialmente los errores que el individuo pudo haber cometido.
- Estas preocupaciones intrusivas e interpretaciones exageradamente angustiosas son características de la experiencia de la ansiedad, que con frecuencia parecen tener un carácter automático que proviene más de los individuos que de lo que realmente está sucediendo en sus vidas

TOC

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

- Las personas con conducta obsesiva son incapaces de quitarse la idea de su mente (por ejemplo, están preocupados por pensamientos sexuales, agresivos o religiosos).
- Las personas con conducta compulsiva se sienten obligadas a realizar actos particulares o series de actos una y otra vez (por ejemplo, lavarse las manos en repetidas ocasiones o pisar las líneas del pavimento).

- Las obsesiones generalmente incluyen duda, titubeo, miedo a la contaminación o miedo a la agresión propia. Las formas más comunes de la conducta compulsiva son contar, ordenar, revisar, tocar y lavar.

- Algunas personas que padecen el trastorno obsesivo-compulsivo desarrollan rituales netamente mentales.
- Por ejemplo, para protegerse de un pensamiento obsesivo o impulso, pueden recitar una serie de palabras o números mágicos. Cerca de 25% de las personas con un trastorno obsesivo-compulsivo tienen pensamientos intrusivos pero no actúan en consecuencia de ellos

- La conducta obsesivo-compulsiva probablemente es una condición que se diagnostica y se trata poco, porque las personas pueden estar avergonzadas y quieren guardar sus síntomas en secreto.
- Además, muchos médicos no están familiarizados con los síntomas o no están calificados para proporcionar los tratamientos apropiados

- Las características más comunes del trastorno obsesivo-compulsivo son las siguientes:
- 1. La obsesión o compulsión penetra con insistencia y persistencia en la conciencia del individuo.
- 2. Un sentimiento de pavor ansioso ocurre si por alguna razón se rechaza el pensamiento o acto.
- 3. Se experimenta la obsesión o compulsión como algo extraño a uno mismo, pero es inaceptable e incontrolable.
- 4. El individuo reconoce lo absurdo e irracional de la obsesión o compulsión.
- 5. El individuo siente la necesidad de repelerlas.
- 6. El lenguaje utilizado por aquellos que padecen un trastorno obsesivo-compulsivo transmite su exagerada atención a los detalles, su aire de desapego y la dificultad que tienen para tomar decisiones.

- La diversidad de rituales y pensamientos obsesivo-compulsivos es prácticamente ilimitada, pero los investigadores han identificado cuatro extensos tipos de preocupaciones:
 - a) revisar
 - b) limpiar
 - c) lentitud
 - d) dudas y escrupulosidad.

- Las siguientes afirmaciones ilustran cada tipo:
- ➤ Revisar: “Con frecuencia tengo que revisar varias veces cosas como el gas, las llaves del agua y las puertas.”
- ➤ Limpiar: “Evito usar los teléfonos públicos debido a una posible contaminación.”
- ➤ Lentitud: “A menudo llego tarde porque parece que no puedo hacer todo a tiempo.”
- ➤ Duda y escrupulosidad: “Aun cuando hago algo cuidadosamente, con frecuencia siento que no está del todo bien.”

- Una característica común de la conducta psicótica es el pensamiento irracional, pero las personas obsesivo-compulsivas no son consideradas psicóticas, ya que por lo general están conscientes de su irracionalidad. Sin embargo, en algunos casos, la línea entre el trastorno obsesivo-compulsivo y la verdadera psicosis es imprecisa

- Los pensamientos obsesivos y los rituales compulsivos se confunden con las fobias a medida que la ansiedad acompaña a los pensamientos o rituales, y se evitan las situaciones que las provocan.
- Por ejemplo, alguien que tiene un ritual de lavado tratará de evitar la suciedad, así como una persona con una fobia a los perros tratará de evadirlos. Con frecuencia, los trabajadores clínicos observan que los individuos tanto obsesivo-compulsivos como fóbicos tienen una frecuencia inusualmente alta de problemas interpersonales.

Diagnóstico diferencial del trastorno obsesivo-compulsivo:

- Similitudes y diferencias
- Anorexia nerviosa, Ambos incluyen rituales y tienden a ser crónicos. En la anorexia, no se resiste a los rituales ni se consideran irracionales; en el trastorno obsesivo
- Compulsivo se tratan de resistir (pero generalmente sin éxito).
- Hipocondría Ambos incluyen pensamientos recurrentes de enfermedad física, pero éste es el síntoma principal en la hipocondría. Los pensamientos hipocondríacos rara vez se resisten o se piensan irracionales.

- Fobia específica Ambos incluyen el miedo y la intención de evitarlo, pero el miedo se limita a un aspecto bastante específico de la vida y raramente se resiste. Por lo común, las obsesiones y compulsiones son muy generales y afectan muchos aspectos de la vida.
- Trastorno por estrés Ambos incluyen pensamientos intrusivos y no deseados que causan ansiedad y activación. La causa del posttraumático estrés es clara en el trastorno por estrés posttraumático, no así en el trastorno obsesivo-compulsivo

Trastorno por estrés pos-traumático

- La similitud más importante es que el individuo ha experimentado un evento traumático. Sin embargo, en el caso del trastorno por estrés postraumático, el evento que desató el estrés está fuera del rango de la experiencia común (por ejemplo, estar involucrado o haber observado un accidente de auto leve no son experiencias fuera de lo común).

- El trastorno de estrés postraumático: Incluye una experiencia extrema, como la guerra, una catástrofe natural (por ejemplo un terremoto), agresión física o un choque serio.
- Los traumas van desde los que se experimentan directamente (por ejemplo, ser amenazado de muerte) a aquellos que se viven en calidad de testigo (por ejemplo, que un familiar sea amenazado de muerte).

Criterios para diagnosticar el trastorno por estrés postraumático.

- 1. Exposición a un evento traumático que incluyó una amenaza de muerte real o una herida seria, o una amenaza a la integridad física propia o de otros.
- 2. Respuesta al evento que incluye miedo intenso, impotencia o terror.
- 3. Reexperimentar con persistencia el evento traumático en forma de pensamientos o sueños recurrentes y angustiantes, o comportarse o sentir como si dicho evento mismo estuviera reproduciéndose, o reactividad intensa psicológica o fisiológica cuando se está expuesto a señales que simbolizan o se parecen al evento.

- 4. Rechazar persistentemente el estímulo asociado con el trauma, así como el aturdimiento de la respuesta general.
- 5. Síntomas persistentes de activación aumentada —como hipervigilancia, irritabilidad, insomnio, dificultad para concentrarse, y sobresaltos exagerados— que no estaban presentes antes de sufrir el trauma.
- 6. Síntomas con duración de más de un mes que causan aflicción o discapacidad (por ejemplo, en las esferas de las relaciones interpersonales y el trabajo)

- Este padecimiento presenta tres características esenciales: hiperactivación, evitación y reexperimentación repetida.
- La más angustiante es la reexperimentación repetida, la cual incluye pensamientos perturbadores no deseados que interfieren con el funcionamiento normal.

Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados

- El DSM-IV-TR trata con condiciones en las cuales existen síntomas físicos en ausencia de enfermedades físicas.
- Muchas de las inconformidades corporales que se les pide tratar a los médicos sugieren una patología física, pero ninguna discapacidad real

Trastornos somatomorfos descritos en el DSM-V

Trastornos del dolor. El dolor es la característica preponderante del cuadro clínico; se considera que los factores psicológicos juegan un papel importante en la aparición, severidad, agravamiento o mantenimiento del dolor.

Trastornos de somatización. Son las dolencias somáticas múltiples que se pueden extender por periodos de años; se caracterizan por una combinación de dolor y síntomas gastrointestinales, sexuales y pseudoneurológicos

Trastornos de conversión. Síntomas desconocidos o deficiencias que afectan la función motora voluntaria o sensorial que sugieren una enfermedad médica; se considera que los factores psicológicos están asociados con los síntomas o deficiencias

Hipocondría. Preocupación con la idea de que el individuo tiene o puede desarrollar una enfermedad grave, junto con la tergiversación de síntomas o funciones corporales

Trastorno dismórfico corporal. Preocupación por un defecto imaginario o exagerado de la apariencia física.

Transtornos de síntomas somáticos según el DSM-V

- Los trastornos de somatización han sido definidos de muchas maneras, pero el elemento común de todas las definiciones es la presencia de síntomas somáticos que no pueden ser adecuadamente explicados por descubrimientos orgánicos.

- Los trastornos de somatización se caracterizan por dolencias somáticas múltiples que son recurrentes o crónicas.
- A menudo se denomina a esta condición como síndrome de Briquet porque un médico de ese apellido lo describió detalladamente en 1859.

- Las quejas más comunes incluyen dolores de cabeza, fatiga, palpitaciones, periodos de desmayos, náuseas, vómito, dolores abdominales, problemas del intestino, alergias y problemas menstruales y sexuales.
- Con este amplio rango de dolencias, no es sorprendente que los pacientes con trastornos de somatización continuamente vayan al médico, cambien de médico y se sometan a cirugías probablemente innecesarias

- Los individuos diagnosticados con este trastorno tienen un historial de muchos años, que empieza antes de los 30 años, de buscar tratamiento o deteriorarse por múltiples dolencias físicas que no parecen ser fingidas.
- Los criterios del DSM-V para este trastorno incluyen por lo menos cuatro síntomas de dolor en diferentes partes del cuerpo, dos síntomas gastrointestinales sin dolor, un síntoma sexual sin dolor y un síntoma o déficit que sugiere un síntoma neurológico.

- Los pacientes con trastornos de somatización creen que están enfermos, proporcionan largas y detalladas historias para apoyar sus ideas, y toman grandes cantidades de medicamentos. Casi siempre, las múltiples dolencias crónicas de los pacientes con somatización son acompañadas de patrones de características de la personalidad y de dificultades en sus relaciones sociales.

- La ansiedad y la depresión son rasgos comunes, como lo es la manipulación, la cual puede tomar la forma de amenazas o intentos de suicidio.
- Las personas que sufren de somatización dan la impresión de ser inmaduros y demasiado nerviosos.

- Este trastorno varía de la hipocondría, en que ésta se concentra en el miedo a tener una o más enfermedades específicas, mientras que la persona con trastorno de somatización tiende a estar preocupada por los síntomas.

- Las dolencias en los trastornos de somatización generalmente se presentan de una manera dramática, vaga y exagerada.
- Las personas con somatización tienden a utilizar imágenes vívidas para describir eventos y sus reacciones hacia ellos. más tiempo.

Trastorno de conversión

- Las personas que padecen trastornos de conversión afirman que han perdido parcial o totalmente algunas de las funciones básicas del cuerpo.
- La alteración no parece tener un control voluntario y no puede explicarse en términos de los principios de la ciencia médica

- Entre los síntomas que reportan estos pacientes se encuentran la parálisis, ceguera, sordera y dificultad para caminar.
- A menudo, la aparición de síntomas en los trastornos de conversión ocurre después de una experiencia estresante y puede ser repentina.

- Los síntomas de conversión parecen ser ingenuas invenciones desarrolladas sin considerar los hechos reales de la anatomía.
- Los síntomas de conversión aparecen sin ninguna razón obvia, aunque frecuentemente pueden rastrearse los eventos específicos que los precipitan.

- Los síntomas muchas veces permiten a la persona escapar de situaciones frustrantes o desafiantes a través de la limitación física. Cuando las presiones de estas situaciones disminuyen, los síntomas físicos se debilitan.
- También pueden lograr un beneficio secundario cuando derivan algo de un síntoma físico (como atención, afecto o una pensión) que no podrían obtener de otra manera.

Trastorno de facticio

- La palabra facticia se define como “artificial o antinatural”). Sin embargo, en estas condiciones, los síntomas físicos y psicológicos son autoinducidos voluntariamente por el paciente.
- Esto puede implicar tanto una completa mentira como la exageración de una condición preexistente.

- En el trastorno facticio, la única meta aparente es el deseo de asumir el papel de paciente. Las personas con este tipo de trastorno muchas veces tienen historial de mentir de manera incontrolable, demandar atención de profesionales y de describir recuentos dramáticos de dolores vagos.
- Puede ser muy difícil clasificar una serie de síntomas como los facticios.

- La manera dramática en la cual el paciente presenta sus problemas normalmente levanta sospechas; sin embargo, muchos individuos con este trastorno han logrado reunir bastante información médica y, en consecuencia, pueden ser tan buenos actores que hacen que sus síntomas sean creíbles

- Los trastornos facticios generalmente empiezan durante la adultez temprana y muchas veces se estimulan con la hospitalización por un problema físico genuino.
- El trastorno es mucho más común en las mujeres que en los hombres.
- Aunque los síntomas de la somatización y los trastornos facticios son los mismos, las personas que sufren de somatización piensan que están realmente enfermas, mientras que aquellos con trastornos facticios sólo buscan atención al inventar síntomas.

- En los trastornos facticios, el recuento de algunos eventos de la niñez a menudo revela una historia de inseguridad emocional en esa etapa, negligencia o rechazo emocional de los padres y hogares destruidos.

- Las personas con trastornos facticios simplemente ansían atención y quieren ser cuidados. Mientras que muchas dolencias y hospitalizaciones parecen ser casi un patrón continuo del trastorno facticio, parecen ser incapaces de detener sus mentiras y fabricación de síntomas.
- Sin embargo, estas condiciones son autoinducidas, y se intensifican como respuesta a altos niveles de estrés

Hipocondría

- Se diagnóstica si la persona tiene una creencia persistente (que dure seis meses o más) de que padece una enfermedad seria a pesar de la afirmación médica de lo contrario, de la falta de hallazgos físicos y del desarrollo de la enfermedad.

- Los hipocondríacos tienen preocupaciones e inquietudes obsesivas con la condición de sus órganos corporales, y continuamente se inquietan por su salud.
- Debido a su miedo a desarrollar una enfermedad, rastrean cuidadosamente todos los síntomas potenciales y se mantienen en alerta ante los mínimos cambios en su funcionamiento corporal.

- Tienden a malinterpretar la naturaleza de la relevancia de la activación fisiológica y a exagerar los síntomas cuando ocurren.
- La hipocondría se diagnostica cuando el individuo
 - 1) Persistentemente cree que una enfermedad sería respalda los síntomas que presenta al médico
 - 2) Ignora el consejo de éste de que ninguna enfermedad física o anomalía respalda los síntomas.

- Los individuos hipocondríacos poseen tres características importantes:
 - 1) La actividad fisiológica
 - 2) Se centran en su cuerpo
 - 3) Conductas diseñadas para evitar o controlar una enfermedad física.

- Se refleja en el aumento de la tensión y la ansiedad, así como en alteraciones del sueño.
- El centrarse en su cuerpo se ilustra por la estrecha vigilancia de los rasgos corporales.
- La constante atención a información que es congruente con preocupaciones sobre las enfermedades, y la preocupación y meditación sobre las dolencias físicas.
- Se observa la evitación y comprobación en autoinspecciones repetidas, consultas médicas frecuentes y la búsqueda de afirmación constante, estrictas opiniones y conductas sobre la dieta o el estilo de vida, y esfuerzos para evitar el ejercicio físico o el contacto con personas que parecen padecer alguna enfermedad.

- Los componentes de la mayoría de los enfoques terapéuticos para manejar este trastorno son los siguientes:
- 1. Establecer una relación terapéutica. Este paso es importante porque muchos individuos se muestran renuentes a aceptar que sus problemas son causados por otra cosa que no sea una condición médica.
- 2. Reconocer la angustia causada por las preocupaciones del individuo.
- 3. Averiguar los miedos del paciente y las ideas sobre su salud física.
- 4. Presentar explicaciones racionales alternativas y explicar por qué las ideas del paciente pueden ser erróneas.

Trastorno disociativo

- En el trastorno de identidad disociativo, antes conocido como trastorno de personalidad múltiple, la persona está bajo el control de dos identidades distintas de forma alternativa.
- Además, la persona no puede recordar información que normalmente recordaba fácilmente, como los acontecimientos cotidianos, información personal importante y/o acontecimientos traumáticos o estresantes.

- En el DSM- 5, los trastornos disociativos se sitúan a continuación de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, pero no como parte de ellos, lo que refleja la estrecha relación entre estas clases de diagnóstico.
- Tanto el trastorno de estrés agudo y el trastorno de estrés postraumático presentan síntomas disociativos, como la amnesia, *flashbacks*, entumecimiento y despersonalización/desrealización.

El trastorno de despersonalización/desrealización

Se caracteriza por una despersonalización clínica-mente importante, persistente o recurrente (p. ej., las experiencias de irrealidad o de separación de la mente de uno, del yo o del cuerpo) y/o una desrealización (p. ej., las experiencias de irrealidad o separación del entorno). Estas alteraciones en la experiencia están acompañadas de un juicio de realidad intacto. No hay evidencia de que exista ninguna diferencia entre las personas en las que predominan los síntomas de despersonalización frente a las personas en las que predominan los de desrealización. Por lo tanto, las personas con este trastorno pueden tener despersonalización, desrealización, o ambos.

La amnesia disociativa

Esta amnesia puede ser localizada (p. ej., de un evento o período de tiempo), selectiva (p. ej., de un aspecto específico de un evento) o generalizada (p. ej., de la identidad y de la historia vital).

La amnesia disociativa es fundamentalmente una incapacidad para recordar información autobiográfica que es incompatible con los olvidos normales. Puede implicar o no recorridos con un propósito o vagar desorientado (es decir, una fuga).

Trastorno de identidad disociativo

- A. Perturbación de la identidad que se caracteriza por dos o más estados de la personalidad bien definidos, que se puede describir en algunas culturas como una experiencia de posesión. La perturbación de la identidad implica una discontinuidad importante del sentido del yo y del sentido de la entidad, acompañado de alteraciones relacionadas del afecto, el comportamiento, la conciencia, la memoria, la percepción, el conocimiento y/o el funcionamiento sensitivo-motor. Estos signos y síntomas pueden ser observados por parte de otras personas o comunicados por el individuo.
- B. Lapsos recurrentes en la memoria de acontecimientos cotidianos, información personal importante y/o sucesos traumáticos incompatibles con el olvido ordinario.

- C. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La alteración no es una parte normal de una práctica cultural o religiosa ampliamente aceptada.
- **Nota:** En los niños, los síntomas no deben confundirse con la presencia de amigos imaginarios u otros juegos de fantasía.
- E. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., laguna mental o comportamiento caótico durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Características diagnósticas

- El trastorno puede ser identificado por dos grupos de síntomas: 1) las alteraciones repentinas o la discontinuidad sobre el sentido del yo y el sentido de la entidad (Criterio A), y 2) las amnesias disociativas recurrentes (Criterio B).
- Los síntomas del Criterio A están relacionados con las interrupciones en la experiencia que pueden afectar a cualquiera de los aspectos del funcionamiento de un individuo.
- Los individuos con trastorno de identidad disociativo pueden referir la sensación de que, se han convertido en observadores despersonalizados de su "propio" discurso y acciones, y que pueden sentirse impotentes para detenerlos (sentido del yo). Tales individuos también pueden informar sobre la percepción de voces (p. ej., la voz de un niño, el llanto, la voz de un ser espiritual).

- La amnesia disociativa de las personas con trastorno de identidad disociativo se manifiesta de tres formas principales:
- 1) como lagunas en la memoria remota de los acontecimientos vitales personales (p. ej., períodos de la niñez o de la adolescencia, algunos eventos importantes de la vida, como la muerte de un abuelo, casarse, dar a luz),
- 2) como lapsos de memoria reciente (p. ej., de lo que sucedió hoy, de habilidades tales como la forma de trabajar, usar un ordenador, leer, conducir),
- y 3) el descubrimiento de una evidencia de sus acciones diarias y de las tareas que no recuerdan haber realizado (p. ej., la búsqueda de objetos inexplicables en sus bolsas de la compra o entre sus posesiones, encontrar escritos o dibujos desconcertantes que parecen haber realizado, descubrir lesiones, "regresar" justo en el momento de la realización de una acción).

- Las fugas disociativas, en las que la persona experimenta viajes disociativos, son frecuentes.
- Las personas con trastorno de identidad disociativo pueden comunicar que, de repente, se han encontrado en la playa, en el trabajo, en un club nocturno o en algún lugar del hogar (p. ej., en el armario, en una cama o un sofá, en una esquina), sin acordarse de cómo llegaron hasta allí.
- La amnesia en los individuos con trastorno de identidad disociativo no se limita a los acontecimientos estresantes o traumáticos, si no que estas personas a menudo tampoco pueden recordar los acontecimientos diarios.

- Los individuos con trastorno de identidad disociativo varían en su conciencia y actitud hacia sus amnesias.
- Es frecuente en estos individuos que minimicen sus síntomas amnésicos.
- Algunos de sus comportamientos amnésicos pueden ser evidentes para los demás, como cuando estas personas no recuerdan algo que los demás habían presenciado que había hecho o dicho, cuando no pueden recordar su propio nombre, o cuando no reconocen a su cónyuge, a sus hijos o a los amigos cercanos.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

- Los individuos con trastorno de identidad disociativo típicamente presentan comorbilidad con:
- La depresión, la ansiedad, el abuso de sustancias, las autolesiones, las convulsiones no epilépticas u otros síntomas comunes.
- Muchas personas con trastorno de identidad disociativo informan *de flashbacks* disociativos durante los cuales reviven sensorialmente un evento anterior como si estuviera ocurriendo en el presente, a menudo con un cambio de identidad, una desorientación o pérdida parcial o total de contacto con la realidad momentánea durante el *flashback* y una amnesia retrospectiva posterior del contenido de *dicho flashback*.

Amnesia disociativa

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

- **A.** Incapacidad de recordar información autobiográfica importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, que es incompatible con el olvido ordinario.
- **Nota:** La amnesia disociativa consiste la mayoría de veces en amnesia localizada o selectiva de un suceso o sucesos específicos, o amnesia generalizada de la identidad y la historia de vida.
- **B.** Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- **C.** La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., alcohol u otra droga, un medicamento) u otra afección neurológica o médica (p. ej., epilepsia parcial compleja, amnesia general transitoria, secuelas de una contusión craneal/traumatismo cerebral, otra afección neurológica).
- **D.** La alteración no se explica mejor por un trastorno de identidad disociativo, un trastorno de estrés postraumático, un trastorno de estrés agudo, un trastorno de síntomas somáticos o un trastorno neurocognitivo importante o leve.

Características diagnósticas

- La característica definitoria de la amnesia disociativa es una incapacidad para recordar información importante autobiográfica que:
 - 1) Debe almacenarse con éxito en la memoria, y
 - 2) Normalmente sería recordada fácilmente (Criterio A). La amnesia disociativa se diferencia de las amnesias permanentes debido al daño neurobiológico o a la toxicidad que impiden el almacenamiento de memoria o la recuperación, ya que siempre es potencialmente reversible porque la memoria ha sido almacenada con éxito.
- La *amnesia localizada* es la incapacidad de recordar hechos durante un período restringido de tiempo, y constituye la forma más común de amnesia disociativa.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

- Muchos individuos con amnesia disociativa sufren una dificultad crónica en su capacidad para formar y mantener relaciones satisfactorias.
- Las historias de trauma, de abuso de menores y la victimización son frecuentes. Algunos individuos con amnesia disociativa informan de *flashbacks* disociativos (p. ej., la reexperimentación de los eventos traumáticos).
- Muchos tienen antecedentes de automutilación, de intentos de suicidio y otros comportamientos de alto riesgo.
- Son frecuentes los síntomas depresivos y los síntomas neurológicos funcionales, como la despersonalización, los síntomas autohipnóticos y una elevada capacidad de sufrir hipnosis. Son frecuentes las disfunciones sexuales.
- Una lesión cerebral traumática leve podría preceder a la amnesia disociativa.

Desarrollo y curso

- El comienzo de la amnesia generalizada suele ser repentino. Menos se sabe acerca de la aparición de las amnesias localizadas y selectivas debido a que estas amnesias rara vez son evidentes, incluso para el individuo. Aunque los acontecimientos abrumadores o intolerables habitualmente preceden a la amnesia localizada, su aparición puede retrasarse horas, días o más tiempo.

Factores de riesgo y pronóstico

- **Ambientales.** Las experiencias traumáticas simples o reiteradas (p. ej., la guerra, el maltrato infantil, los desastres naturales, el internamiento en campos de concentración, el genocidio) son antecedentes frecuentes. La amnesia disociativa es más probable que ocurra con: 1) un mayor número de experiencias adversas en la infancia, particularmente el abuso físico y/o sexual, 2) la violencia interpersonal, y 3) el aumento de la gravedad, la frecuencia y la violencia del trauma.
- **Genéticos y fisiológicos.** No hay estudios genéticos de la amnesia disociativa. Los estudios de disociación revelan factores genéticos y ambientales significativos tanto en las muestras clínicas como en las no clínicas.

Trastorno de despersonalización

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

- A. Presencia de experiencias persistentes o recurrentes de despersonalización, desrealización o ambas:
- **1. Despersonalización:** Experiencias de irrealidad, distanciamiento, o de ser un observador externo respecto a los pensamientos, los sentimientos, las sensaciones, el cuerpo o las acciones de uno mismo (p. ej., alteraciones de la percepción, sentido distorsionado del tiempo, irrealidad o ausencia del yo y embotamiento emocional y/o físico).
- **2. Desrealización:** Experiencias de irrealidad o distanciamiento respecto al entorno (p. ej., las personas o los objetos se experimentan como irreales, como en un sueño, nebulosos, sin vida o visualmente distorsionados).

- B. Durante las experiencias de despersonalización o desrealización, las pruebas de realidad se mantienen intactas.
- C. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., droga, medicamento) u otra afección médica (p. ej., epilepsia).
- E. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como la esquizofrenia, el trastorno de pánico, el trastorno de depresión mayor, el trastorno de estrés agudo, el trastorno de estrés postraumático u otro trastorno disociativo.

Características diagnósticas

- Las características esenciales del trastorno de despersonalización/ desrealización son episodios persistentes o recurrentes de despersonalización, desrealización o ambas. Los episodios de despersonalización se caracterizan por una sensación de irrealidad o extrañeza, o un distanciamiento de uno mismo en general, o de algunos aspectos del yo (Criterio A1).

- El individuo puede sentirse independiente de todo su ser (p. ej., "no soy nadie", "no tengo nada de mí"). Él o ella también puede sentirse subjetivamente separado de aspectos del yo, incluyendo los sentimientos (p. ej., baja emocionalidad: "sé que tengo sentimientos pero no puedo sentirlos"), los pensamientos (p. ej., "mis pensamientos no parecen míos", "tengo la cabeza llena de algodón"), partes del cuerpo o todo el cuerpo, o sensaciones (p. ej., el tacto, la propiocepción, el hambre, la sed, la libido). También puede haber una disminución en el sentido de la entidad (p. ej., sensación robótica, como de un autómeta, que carece de control para el propio habla o los movimientos).

Factores de riesgo y pronóstico

- **Temperamentales.** Los individuos con trastorno de despersonalización/ desrealización se caracterizan por presentar un temperamento evitativo de daños, defensas inmaduras y tanto esquemas de desconexión como de sobreconexión. Las defensas inmaduras, como la idealización/devaluación, la proyección y el mal comportamiento, conllevan la negación de la realidad y una mala adaptación.
- **Ambientales.** Existe una clara asociación, en una parte sustancial de los individuos, entre la enfermedad y los traumas interpersonales en la infancia, aunque esta asociación no es tan frecuente o tan extrema, en la naturaleza de los traumas, como en otros trastornos disociativos, tales como el trastorno de identidad disociativo. En particular, el abuso emocional y la negligencia emocional son los que se han asociado más ampliamente y constantemente con el trastorno.

Trastorno de la personalidad

- Es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro.

- Los trastornos de la personalidad se distribuyen en tres grupos basados en las similitudes descriptivas.
- El grupo A está compuesto por los trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípica. Los individuos con estos trastornos suelen mostrarse raros o excéntricos.
- El grupo B se compone de los trastornos de la personalidad antisocial, límite, histriónica y narcisista. Las personas de este cluster se caracterizan por ser exageradamente dramáticas, emocionales o erráticas.
- El grupo C aglutina los trastornos de la personalidad evitativa, dependiente y obsesivo-compulsiva. Los individuos con estos trastornos suelen ser ansiosos o temerosos.

PARANOIDE

Es un patrón de desconfianza y suspicacia, de manera que se interpretan las intenciones de los demás como malévolas.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Estas personas son sujetos que se creen explotados por los demás, son desconfiados, patológicamente celosos, reaccionan a menudo de forma agresiva. Afectivamente son individuos fríos, egocéntricos y rígidos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El trastorno paranoide se diferencia habitualmente del trastorno delirante por la ausencia de ideas delirantes concretas, no sufren alucinaciones ni trastornos formales del pensamiento como los esquizofrénicos paranoides. Se distingue del trastorno límite de la personalidad en que rara vez es capaz de implicarse en relaciones apasionadas con otras personas.

CURSO Y PRONOSTICO

Lo más frecuente es que el trastorno perdure a lo largo de la vida del sujeto, siendo en algunas ocasiones un prelude de cuadros esquizofrénicos. En situaciones de estrés la sintomatología se exagera.

TRATAMIENTO

FARMACOTERAPIA. Será útil para tratar la agitación y la ansiedad así como las situaciones casi delirantes que tendrá el paciente, por lo que se recomiendan benzodiazepinas y dosis bajas de antipsicóticos atípicos. Hay estudios que demuestran la eficacia de la pimozida para reducir la ideación paranoide

PSICOTERAPIA. Es el tratamiento de elección, si bien hay que manifestar la gran dificultad que tienen estos pacientes para tomar conciencia de que su forma de comportarse está alterada, ya que interpretará que las sugerencias de los que le rodean para que inicie un tratamiento entran dentro de un complot en su contra.

ESQUIZOIDE

- **Es un patrón de distanciamiento de las relaciones sociales y una gama restringida de la expresión emocional.**

Patrón dominante de desapego en las relaciones sociales y poca variedad de expresión de las emociones en contextos interpersonales, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes hechos:

1. No desea ni disfruta las relaciones íntimas, incluido el formar parte de una familia.
2. Casi siempre elige actividades solitarias
3. Muestra poco o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
4. Disfruta con pocas o con ninguna actividad.
5. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.
6. Se muestra indiferente a las alabanzas o a las críticas de los demás.
7. Se muestra emocionalmente frío, con desapego o con afectividad plana.

La característica diagnóstica esencial del trastorno de la personalidad esquizoide es un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y una gama restringida de expresión de las emociones en situaciones interpersonales. Este patrón comienza en la edad adulta y aparece en una variedad de contextos

Factores de riesgo y pronóstico Genéticos y fisiológicos. El trastorno de la personalidad esquizoide presenta una prevalencia más elevada en los familiares de las personas con esquizofrenia o con trastorno de la personalidad esquizotípica.

Desarrollo y curso El trastorno de la personalidad esquizoide puede ser evidente desde la infancia y la adolescencia, con soledad, relaciones escasas con los compañeros y bajo rendimiento en la escuela, que convierten a estos niños o adolescentes en "diferentes" y proclives a ser objeto de burlas.

EL TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ESQUIZOTÍPICA

- **Es un patrón de malestar agudo en las relaciones íntimas, de distorsiones cognitivas o perceptivas y de excentricidades del comportamiento.**

Factores de riesgo y pronóstico Genéticos y fisiológicos. El trastorno de la personalidad esquizotípica tiene agregación familiar y es más frecuente entre los familiares biológicos de primer grado de los individuos con esquizofrenia que en la población general. También puede haber un aumento modesto de la esquizofrenia y de otros trastornos psicóticos entre los familiares de los probandos con trastorno de la personalidad esquizotípica.

Patrón dominante de deficiencias sociales e interpersonales que se manifiesta por un malestar agudo y poca capacidad para las relaciones estrechas, así como por distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamiento excéntrico, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Ideas de referencia (con exclusión de delirios de referencia).
2. Creencias extrañas o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y que no concuerda con las normas subculturales (p. ej., supersticiones, creencia en la clarividencia, la telepatía o un "sexto sentido"; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extravagantes).
3. Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas ilusiones corporales.
4. Pensamientos y discurso extraños (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, superelaborado o estereotipado).
5. Susplicacia o ideas paranoides.
6. Afecto inapropiado o limitado.
7. Comportamiento o aspecto extraño, excéntrico o peculiar.
8. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.
9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse a miedos paranoides más que a juicios negativos sobre sí mismo.

Características diagnósticas. La característica esencial del trastorno de la personalidad esquizotípica es un patrón general de déficits sociales e interpersonales marcados por un malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones cercanas, así como la presencia de distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento. Este patrón comienza en la edad adulta y está presente en una variedad de contextos.

Desarrollo y curso. El trastorno de la personalidad esquizotípica tiene un curso relativamente estable, con sólo una pequeña proporción de las personas que desarrolla una esquizofrenia u otro trastorno psicótico. El trastorno de la personalidad esquizotípica puede hacerse evidente, en la infancia y la adolescencia, con soledad, pobres relaciones con los compañeros, ansiedad social, bajo rendimiento en la escuela, hipersensibilidad, pensamientos y lenguaje peculiares y fantasías estafalarias. Pueden ser tachados de "extraños" o "excéntricos" y ser objeto de burlas.

El trastorno de la personalidad esquizotípica es algo más frecuente en los hombres.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL

- Es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.

Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde antes de los 15 años de edad, y que se manifiesta por tres (o más) de los siguientes hechos:

1. Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención.
2. Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal.
3. Impulsividad o fracaso para planear con antelación.
4. Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas.
5. Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.
6. Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas.
7. Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien.

Características diagnósticas La característica esencial del trastorno de la personalidad antisocial es un patrón general de desprecio y de violación de los derechos de los demás que comienza en la infancia o en la adolescencia temprana y que continúa en la edad adulta. Este patrón también ha sido denominado psicopatía, sociopatía o trastorno de la personalidad disocial. Debido a que el engaño y la manipulación son características centrales del trastorno, puede ser especialmente útil integrar la información adquirida en la evaluación clínica sistemática con la información recogida de fuentes adicionales.

Factores de riesgo y pronóstico Genéticos y fisiológicos. El trastorno de la personalidad antisocial es más común entre los familiares biológicos de primer grado de las personas con el trastorno que en la población general. El riesgo para los familiares biológicos de las mujeres con el trastorno tiende a ser mayor que el riesgo de los familiares biológicos de los hombres con el trastorno.

Comportamiento criminal no asociado con un trastorno de personalidad. El trastorno de la personalidad antisocial debe distinguirse del comportamiento criminal, cuyo objetivo se centra en obtener algún beneficio, pero no se acompaña de rasgos de la personalidad característicos de este trastorno. Sólo cuando los rasgos de la personalidad antisocial son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y causan un deterioro significativo funcional o un malestar subjetivo, constituyen un trastorno de la personalidad antisocial.

Trastorno de la personalidad límite.

Es un patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la imagen de sí mismo y de los afectos, con una impulsividad marcada.

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el Criterio 5.)
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el Criterio 5.)
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Aspectos diagnósticos. La característica esencial del trastorno de la personalidad límite es un patrón general de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y una notable impulsividad que comienza antes de la edad adulta y está presente en una variedad de contextos.

Desarrollo y curso El patrón más frecuente es una inestabilidad crónica en la edad adulta, con episodios de grave descontrol afectivo e impulsivo y altos niveles de utilización de los recursos de salud y de salud mental. El deterioro de la afección y el riesgo de suicidio son mayores en los adultos jóvenes y disminuyen gradualmente con la edad. Las personas que acuden a intervención terapéutica muestran a menudo una mejoría en algún momento del primer año.

- **El trastorno de la personalidad histriónica**

- Patrón de emotividad y de búsqueda de atención excesivas.

Patrón dominante de emotividad excesiva y de búsqueda de atención, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Se siente incómodo en situaciones en las que no es el centro de atención.
2. La interacción con los demás se caracteriza con frecuencia por un comportamiento sexualmente seductor o provocativo inapropiado.
3. Presenta cambios rápidos y expresión plana de las emociones.
4. Utiliza constantemente el aspecto físico para atraer la atención.
5. Tiene un estilo de hablar que se basa excesivamente en las impresiones y que carece de detalles.
6. Muestra autodramatización, teatralidad y expresión exagerada de la emoción.
7. Es sugestionable (es decir, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias).
8. Considera que las relaciones son más estrechas de lo que son en realidad.

Características diagnósticas. La característica esencial del trastorno de la personalidad histriónica es la emotividad generalizada y excesiva y el comportamiento de búsqueda de atención. Este patrón comienza en la edad adulta y aparece en una diversidad de contextos

Características asociadas que apoyan el diagnóstico. Las personas con trastorno de la personalidad histriónica pueden tener dificultades para lograr intimidad emocional en las relaciones románticas o sexuales. Sin ser conscientes de ello, a menudo desempeñan un papel (p. ej., "víctima" o "princesa") en sus relaciones con los demás. Por un lado, pueden tratar de controlar a su pareja a través de la manipulación emocional o la seducción, mientras que por el otro, muestran una marcada dependencia de ellos. Los individuos con este trastorno a menudo tienen relaciones deficientes con los amigos del mismo sexo porque su estilo interpersonal de provocación sexual puede ser una amenaza para las parejas de sus amigos.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género En el ámbito clínico, este trastorno se ha diagnosticado más frecuentemente en las mujeres; sin embargo, la proporción por sexos no es significativamente diferente de la proporción de mujeres que hay en el contexto clínico. Por el contrario, algunos estudios que utilizan evaluaciones estructuradas han obtenido similares tasas de prevalencia entre hombres y mujeres.

El trastorno de la personalidad narcisista.

- Patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.

Patrón dominante de grandeza (en la fantasía o en el comportamiento), necesidad de admiración y falta de empatía, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y se presenta en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Tiene sentimientos de grandeza y prepotencia (p. ej., exagera sus logros y talentos, espera ser reconocido como superior sin contar con los correspondientes éxitos).
2. Está absorto en fantasías de éxito, poder, brillantez, belleza o amor ideal ilimitado.
3. Cree que es "especial" y único, y que sólo pueden comprenderle o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) especiales o de alto estatus.
4. Tiene una necesidad excesiva de admiración.
5. Muestra un sentimiento de privilegio (es decir, expectativas no razonables de tratamiento especialmente favorable o de cumplimiento automático de sus expectativas).
6. Explota las relaciones interpersonales (es decir, se aprovecha de los demás para sus propios fines).
7. Carece de empatía: no está dispuesto a reconocer o a identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
8. Con frecuencia envidia a los demás o cree que éstos sienten envidia de él.
9. Muestra comportamientos o actitudes arrogantes, de superioridad.

Características diagnósticas. La característica esencial del trastorno de personalidad narcisista es un patrón general de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía que se inicia en la edad adulta temprana y que está presente en una variedad de contextos.

Desarrollo y curso. Los rasgos narcisistas pueden ser particularmente frecuentes en los adolescentes y no indican necesariamente que el individuo vaya a desarrollar un trastorno de la personalidad narcisista. Los individuos con este trastorno pueden tener dificultades especiales para adaptarse a la aparición de limitaciones físicas y ocupacionales que son inherentes al proceso de envejecimiento.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género De las personas diagnosticadas con trastorno de la personalidad narcisista, entre el 50 y el 75 % son varones

- **El trastorno de la personalidad evitativa.**

- Patrón de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa.

Patrón dominante de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes hechos:

1. Evita las actividades laborales que implican un contacto interpersonal significativo por miedo a la crítica, la desaprobación o el rechazo.
2. Se muestra poco dispuesto a establecer relación con los demás, a no ser que esté seguro de ser apreciado.
3. Se muestra retraído en las relaciones estrechas porque teme que lo avergüencen o ridiculicen.
4. Le preocupa ser criticado o rechazado en situaciones sociales.
5. Se muestra inhibido en nuevas situaciones interpersonales debido al sentimiento de falta de adaptación.
6. Se ve a sí mismo como socialmente inepto, con poco atractivo personal o inferior a los demás.
7. Se muestra extremadamente reacio a asumir riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades porque le pueden resultar embarazosas.

Características diagnósticas. La característica esencial del trastorno de la personalidad evitativa es un patrón general de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa que comienza en la edad adulta temprana y que está presente en una variedad de contextos. Los

Desarrollo y curso. La conducta de evitación a menudo comienza en la infancia o la niñez con timidez, aislamiento y miedo a los extraños y a las situaciones nuevas. Aunque la timidez en la infancia es un precursor común del trastorno, en la mayoría de las personas tiende a disiparse gradualmente a medida que envejecen. En contraste, las personas que llegan a desarrollar el trastorno de la personalidad evitativa pueden llegar a ser cada vez más tímidas y evasivas durante la adolescencia y la adultez temprana, cuando las relaciones sociales con personas nuevas se vuelven especialmente importantes.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género. El trastorno de la personalidad evitativa aparece igualmente en los hombres y en las mujeres.

• **El trastorno de la personalidad dependiente**

- Patrón de comportamiento de sumisión y adhesión relacionado con una necesidad excesiva de ser cuidado.

Desarrollo y curso. Este diagnóstico se debe emplear con gran precaución, en todo caso, en los niños y en los adolescentes, en quienes el comportamiento dependiente podría ser apropiado para el desarrollo.

Necesidad dominante y excesiva de que le cuiden, lo que conlleva un comportamiento sumiso y de apego exagerado, y miedo a la separación, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Le cuesta tomar decisiones cotidianas sin el consejo y la reafirmación excesiva de otras personas.
2. Necesita a los demás para asumir responsabilidades en la mayoría de los ámbitos importantes de su vida.
3. Tiene dificultad para expresar el desacuerdo con los demás por miedo a perder su apoyo o aprobación. (Nota: No incluir los miedos realistas de castigo.)
4. Tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por sí mismo (debido a la falta de confianza en el propio juicio o capacidad y no por falta de motivación o energía).
5. Va demasiado lejos para obtener la aceptación y apoyo de los demás, hasta el punto de hacer voluntariamente cosas que le desagradan.
6. Se siente incómodo o indefenso cuando está solo por miedo exagerado a ser incapaz de cuidarse a sí mismo.
7. Cuando termina una relación estrecha, busca con urgencia otra relación para que le cuiden y apoyen.
8. Siente una preocupación no realista por miedo a que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo

Características diagnósticas. La característica esencial del trastorno de la personalidad dependiente es una necesidad persistente y excesiva de recibir cuidados que conlleva un comportamiento de extrema sumisión y apego, y temores de separación. Este patrón comienza en la edad adulta y aparece en una variedad de contextos. La dependencia y los comportamientos sumisos están diseñados para obtener la prestación de cuidados y surgen de la autopercepción de que son incapaces de funcionar adecuadamente sin la ayuda de los demás.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género. En el ámbito clínico, el trastorno de la personalidad dependiente se ha diagnosticado con más frecuencia en las mujeres, aunque algunos estudios señalan unas tasas de prevalencia similares entre los hombres y las mujeres

- **El trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva.**

- Patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.

Patrón dominante de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la franqueza y la eficiencia, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los hechos siguientes:

1. Se preocupa por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los programas hasta el punto de que descuida el objetivo principal de la actividad.
2. Muestra un perfeccionismo que interfiere con la terminación de las tareas (p. ej., es incapaz de completar un proyecto porque no se cumplen sus propios estándares demasiado estrictos).
3. Muestra una dedicación excesiva al trabajo y la productividad que excluye las actividades de ocio y los amigos (que no se explica por una necesidad económica manifiesta).
4. Es demasiado consciente, escrupuloso e inflexible en materia de moralidad, ética o valores (que no se explica por una identificación cultural o religiosa).
5. Es incapaz de deshacerse de objetos deteriorados o inútiles aunque no tengan un valor sentimental.
6. Está poco dispuesto a delegar tareas o trabajo a menos que los demás se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
7. Es avaro hacia sí mismo y hacia los demás; considera el dinero como algo que se ha de acumular para catástrofes futuras.
8. Muestra rigidez y obstinación.

Características diagnósticas. La característica esencial del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva es una preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la apertura y la eficiencia. Este patrón comienza en la edad adulta y está presente en una variedad de contextos.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género En los estudios sistemáticos, el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva se diagnostica aproximadamente con el doble de frecuencia en el sexo masculino.

Prevalencia El trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva es uno de los trastornos de la personalidad más prevalentes en la población general, con una estimación de la prevalencia de entre un 2,1 a un 7,9 %.

