

2

Concepto de psicopatología clínica. Objeto, criterios y causas

BERTA MORENO-KÜSTNER
MARGARITA ORTIZ-TALLO

La psicopatología clínica debe ser una disciplina práctica y aplicada apoyada en los conocimientos de la psicopatología general, para poner sus teorías e investigaciones al servicio del paciente. Los profesionales cercanos a esta disciplina serán variados. Así, el psicólogo clínico, el psiquiatra, el personal de enfermería, los trabajadores sociales, el médico generalista, los terapeutas ocupacionales o los criminólogos deberán tener una perspectiva amplia acerca de los trastornos psicológicos, con el objetivo de poder realizar su labor de la forma más adecuada.

En este capítulo revisaremos el concepto de psicopatología, su ámbito y los límites con otras disciplinas, los criterios que delimitan la anormalidad en psicopatología y las causas o etiología de los trastornos psicológicos. Por último, se cierra el capítulo dedicando un apartado a la consideración de una parte de la psicopatología clínica o aplicada: el análisis de los fenómenos psicopatológicos clínicos. Se parte del hecho de que el psicopatólogo, en estrecha relación con el psicólogo clínico y el psiquiatra, debe conocer las alteraciones psicopatológicas en su presentación en la realidad clínica. Desde este punto de vista, la formación adecuada no es sólo una formación teórica básica, ni debe limitarse a conocer las distintas alteraciones psicológicas, sino que es conveniente que domine asimismo el conocimiento práctico y las diversas formas de presentación de las alteraciones en la exploración clínica.

1. CONCEPTO DE PSICOPATOLOGÍA

La psicopatología es la ciencia que estudia la etiología y las características de los trastornos psicológicos. Es una ciencia a la que nos hemos de acercar desde un modelo multidisciplinar, ya que se nutre de disciplinas científicas diversas, como la psicología, la biología, la neurología, la genética, la fisiología, la sociología y la antropología. Todas estas disciplinas contribuyen a la elaboración de la psicopatología, y probablemente ninguna de ellas se baste por sí sola para explicar los fenómenos anormales.

El objeto de la psicopatología se puede considerar, por tanto, amplio y complejo

(Belloch, Sandín y Ramos, 2008). En primer lugar será necesario describir y conocer el fenómeno psicopatológico, para posteriormente poder buscar explicaciones que den cuenta de los factores que pueden predisponer, precipitar o mantener los comportamientos o las dificultades mentales alteradas. Conocer e identificar estos factores favorecerá asimismo el poder predecir la aparición, el curso o la evolución de los trastornos.

En sentido general, la disciplina trata de establecer leyes universales que den cuenta y expliquen muchos y distintos tipos de alteraciones. Sin embargo, la búsqueda de principios generales no debe ocultar que la finalidad última de la psicopatología es el sujeto individual, por lo que los principios generales sólo serán útiles si se pueden aplicar a personas concretas.

2. ÁMBITO DE LA DISCIPLINA

La psicopatología no se encuentra sola en su interés por la anormalidad psíquica, sino que comparte con otras disciplinas un interés básico en la comprensión y explicación de la conducta humana. Para constituirse como disciplina ha de definir sus límites y competencias, lo que en definitiva sería encontrar su propia identidad (Ortiz-Tallo, 2004).

Las disciplinas que, por su objeto de estudio, son de especial interés en su relación con la psicopatología, son la psiquiatría, la psicología clínica, la psicología de la salud y la psicología de la personalidad. A continuación se intentará realizar una distinción entre ellas.

2.1. Psicopatología y psiquiatría

En su quehacer diario, la psiquiatría se suele entender como una práctica médica clínica. Desde este punto de vista, la psicopatología se encargaría de estudiar la descripción, evolución y etiología de los trastornos, mientras que la psiquiatría trataría de integrar y aplicar esos conocimientos en su práctica clínica, compartiendo estos aspectos de intervención con la psicología clínica.

Se observa en muchos manuales que, a la hora de definir las tareas que conciernen al psiquiatra, difícilmente se distinguen de las del psicopatólogo. De hecho, en Estados Unidos la utilización indiscriminada de los dos términos es frecuente, a pesar de que en Europa se haya diferenciado su uso desde finales del siglo XIX. La psicopatología es el fundamento o la ciencia base sobre la que se trabaja posteriormente en clínica, pero, a su vez, esta clínica suministra información y esclarecimiento para la primera. Por tanto, la distinción es siempre un poco forzada (Ortiz-Tallo, 2004).

Sea como fuere, la psiquiatría se encuentra estrechamente ligada a la psicopatología,

necesitando de esta última para su aplicación y compartiendo esta relación con la psicología clínica que se comenta a continuación.

2.2. Psicopatología y psicología clínica

La psicología clínica se interesa por el diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos mentales y del comportamiento. Se ha considerado una disciplina aplicada que se ocuparía de los aspectos prácticos de la clínica diaria, mientras que la psicopatología está más ligada al empleo de métodos experimentales para describir y explicar la conducta anormal.

El enfoque de la psicología clínica se considera idiográfico, al dedicarse a los problemas individuales de adaptación psicológica, determinando y evaluando las posibilidades de adaptación de la persona, para después aplicar las técnicas psicológicas apropiadas para mejorarla. La psicopatología no comparte el enfoque idiográfico en la misma medida, ya que tiene un carácter más básico que aplicado. Ambas disciplinas se complementan en una interrelación entre investigación básica y aplicada, necesaria para el progreso del conocimiento de las dos disciplinas.

El psicólogo clínico debe tener conocimientos de los marcos referenciales de la psicología, pero además debe ser capaz de aplicarlos. Para ello, debe dominar los métodos propios de la evaluación, del análisis y observación en una situación particular, la del individuo, para posteriormente ayudar a la adecuada integración del sujeto. Por tanto, la doble vertiente que caracteriza a la formación del psicólogo clínico es la de científico y la de profesional.

Para concluir este apartado, se resalta como una de las diferencias más notables entre la disciplina de la psicopatología y de la psicología clínica que esta última, como se ha podido apreciar a lo largo de la exposición, contiene un aspecto psicoterapéutico que no comparte con la psicopatología.

2.3. Psicopatología y psicología de la salud

La psicología de la salud asume como disciplina el estudio de la interacción entre variables psicosociales y enfermedad/salud. Contribuye, desde la psicología, a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad y a la identificación de la etiología y los correlatos diagnósticos de la salud y de la enfermedad para mejorar el cuidado de la salud. Comparte con la psicología clínica, antes referida, el aspecto de intervención y de prevención de la enfermedad. La diferencia fundamental es que, principalmente, hace referencia a la enfermedad física. Sin embargo, en tanto que se apoya en una concepción holística e integral del ser humano, también atiende a la salud mental.

La psicología de la salud constituye una disciplina aplicada que se nutre de una

amplia gama de teorías y métodos de muchas disciplinas psicológicas básicas, entre las que se encuentra la psicopatología, recogiendo aportaciones de la investigación básica de ésta. Asimismo, delimita un área de práctica profesional comprometida con los problemas de la salud, y su conocimiento de las personas, contextos y problemas del sistema sanitario (Rodríguez Marín, 1998).

A diferencia de la psicopatología, la psicología de la salud se centra, más específicamente, en investigar los factores asociados a la salud física y a su mantenimiento, debiendo además tener en cuenta la dimensión social de la salud. Así, la exclusión de los trastornos mentales del campo de actuación e investigación de esta disciplina la delimitaría del objeto de estudio de la psicopatología (Belloch et al., 2008): la psicopatología se ocupa de los trastornos mentales, mientras que la psicología de la salud se ocupa de enfermedades físicas.

Para concluir este apartado, se resalta que la psicología de la salud se ocupa de las dificultades psicológicas que pueden tener consecuencias fisiológicas, así como de las consecuencias psicológicas que puedan acarrear los problemas físicos, reconociendo por otro lado la interrelación existente entre la salud física y la salud mental.

2.4. Psicopatología y psicología de la personalidad

Las dos disciplinas, psicopatología y psicología de la personalidad, en una primera aproximación, tienen como objeto de estudio procesos básicos del comportamiento del ser humano. El estudio de la personalidad, por tanto, aportará un marco teórico a la explicación y comprensión de los trastornos de gran importancia. Probablemente, para establecer los límites entre ambas disciplinas se pueda decir que la psicología de la personalidad acabaría allí donde comienza la psicopatología, en cuanto los procesos básicos del comportamiento estudiados transgredan «la normalidad».

Sin embargo, definir cuál es el objeto de estudio de cualquier disciplina es una tarea compleja y laboriosa, imposible de realizar en unas pocas líneas. Desde este punto de vista, la psicología de la personalidad no puede definirse exclusivamente de forma tan simple. Fierro comenta al respecto que, aunque trate sobre aspectos y estructuras reales del ser humano, como disciplina científica se apoya directamente en «conceptos» y no en «realidades», lo que dificulta acotar su objeto de estudio en una única definición (Fierro, 2002).

Existen más de cincuenta definiciones de psicología de la personalidad, que además consideran formulaciones bastantes distintas. Sin embargo, a pesar de la disparidad de formulaciones, en todas ellas están presentes en mayor o menor medida dos conceptos: *a)* el estudio de elementos constantes del funcionamiento psicológico humano, y *b)* la psicología de la personalidad puede predecir el comportamiento humano.

Como se ha visto en el primer apartado de este capítulo, definir el objeto de estudio de la psicopatología es también un objetivo complejo y supone establecer una línea

divisoria entre lo normal/anormal. Si realmente se pudiera dibujar la línea que separara ambos conceptos, el de normalidad y el de anormalidad, la psicología de la personalidad trataría de establecer leyes que describan y expliquen la estructura, los procesos internos y el funcionamiento de la personalidad normal, y la psicopatología de establecer leyes que describan y expliquen muchos y distintos tipos de alteraciones o de personalidades trastornadas. Con esta simplificación de nuevo se vuelve a la necesidad de establecer unos criterios que identifiquen el límite entre lo normal/anormal.

3. CRITERIOS DE ANORMALIDAD EN PSICOPATOLOGÍA

Definir el concepto de psicopatología, y en consecuencia el de trastorno psicológico, supone tener que establecer una línea divisoria real entre lo normal/anormal. La mayoría de los enfrentamientos a lo largo de la historia de la psicopatología han sido precisamente por tratar de definir qué es trastorno y qué es normal.

Reconocer cuándo una persona está teniendo un comportamiento o un pensamiento anómalo es a veces sencillo. En ocasiones, cualquier persona de la misma cultura podrá darse cuenta de la alteración; sin embargo, en otras ocasiones será el especialista el que valore la anomalía, y en determinadas situaciones será más complejo y requerirá un mayor estudio que delimite la psicopatología. Con el fin de determinar el objeto de estudio de la psicopatología se han utilizado diversos criterios. Todos ellos son útiles y pueden ser complementarios para definir el problema. A continuación describiremos los criterios más utilizados en la práctica clínica, revisados en la mayoría de los manuales de psicopatología recientes (Belloch et al., 2008; Caballo, Salazar y Carrobes, 2011; Sarason y Sarason, 2006; Obiols, 2008; Ortiz-Tallo, 2004; Vallejo Ruiloba, 2011).

1. Criterio biológico.

Se centra en la idea de que las manifestaciones psicopatológicas se deberían a disfunciones de estructuras o procesos biológicos. Asumir este supuesto significa aceptar que los trastornos psicopatológicos tienen una etiología orgánica. Los criterios biológicos han proporcionado avances importantes en la definición de los trastornos mentales desde distintas disciplinas, como la genética, la fisiología o la neurología. Sin embargo, al utilizar sólo este criterio para definirlos existe el riesgo de dejar de lado otros factores (psicológicos y sociales) que pueden tener un valor descriptivo y explicativo importante en la definición de la psicopatología.

2. Criterio clínico.

Se trata del reconocimiento, por parte del evaluador, de unas alteraciones objetivas, como serían los síntomas o signos cuya presencia supone una disfunción. En ocasiones

estos síntomas serán subjetivos, como por ejemplo que el paciente diga *siento angustia, estoy triste*, etc. En otras ocasiones serán observables por el evaluador, como una alteración psicomotora o del lenguaje.

3. Criterio estadístico.

Parte del supuesto de que las características de las personas tienen una distribución normal en la población general. Por tanto, las experiencias anómalas serían todo aquello que se desvía de la norma, que, en estadística, se identifica con la media aritmética. Así, se considera psicopatológico lo infrecuente, lo que se encuentra fuera de los límites de la distribución normal. El criterio estadístico se rige también por el supuesto de la continuidad, según el cual los elementos que se encuentran en las psicopatologías aparecen también en la normalidad, pero con una intensidad distinta, por exceso o por defecto (Belloch et al., 2008). Por tanto, las diferencias entre lo normal y lo patológico serían cuantitativas.

4. Criterio social.

Consideraría psicopatológico aquello que se desvía de las normas sociales establecidas, lo que se aparta de las normas dominantes en una determinada sociedad o en un momento histórico. Por ejemplo, algunas conductas sexuales se han considerado dentro o fuera de lo psicopatológico en distintas culturas, dependiendo del momento histórico y de la ética dominante. De esta forma, varían las consideraciones de una cultura a otra y de una época a otra.

5. Criterio de sufrimiento.

Referido a la presencia o ausencia de dolor, en este caso dolor psíquico. Este criterio implica que la anormalidad psicológica debe concretarse en una vivencia subjetiva dolorosa. Así, algunos ejemplos serían la persona con una depresión profunda que sufre anímicamente, la expresión de angustia dolorosa en una crisis de ansiedad o el miedo producido por unas alucinaciones.

6. Interferencia en el funcionamiento.

Se refiere a que el problema esté causando algún deterioro que interfiera en el desarrollo de la vida cotidiana de la persona que lo sufre. La interferencia se refleja en una o varias áreas importantes de la vida, como el trabajo, las actividades sociales o de ocio, la vida familiar o de pareja, entre otras. Este criterio es uno de los más utilizados en la práctica clínica para considerar si una persona presenta un trastorno mental (Wakefield, 2009).

Una vez comentados algunos de los criterios que se utilizan para definir un trastorno

mental, conviene recalcar que esta disciplina se ocupa de problemas muy dispares, por lo que es fácil entender que no existirá ningún criterio común a todo el objeto de estudio de la psicopatología. En este sentido, a continuación se comentan los principios generales que se recomiendan para la calificación del comportamiento anómalo (Vázquez, 1990).

- Principio 1: *No se requiere ningún elemento aislado que se requiera para definir la conducta anormal.* Puede existir trastorno cumpliendo cualquiera de los criterios anteriormente mencionados. Dicho de otra manera, no tiene que estar presente ningún criterio concreto para que exista anormalidad.
- Principio 2: *No existe ningún elemento suficiente para definir la conducta anormal.* Esto es, cualquiera de los criterios tiene que ser valorado en su contexto para que sirva. Por ejemplo, se puede considerar normal la creencia de estar hablando con espíritus durante una sesión de espiritismo.
- Principio 3: *La anormalidad de una conducta suele venir dada por la conjunción de varios criterios.* La fuerza de un criterio puede ser mayor que la de otro cuando aparecen en mayor o menor grado varios de ellos. En el caso de un drogodependiente, puede estar presente el criterio del malestar subjetivo, el criterio estadístico, así como el criterio social.
- Principio 4: *Ninguna conducta es por sí misma anormal.* Este principio quiere hacer hincapié en la relatividad de cualquier comportamiento y en la importancia de entender siempre cualquier comportamiento atendiendo a las variables contextuales.
- Principio 5: *La dimensionalidad de la conducta humana.* Parece actualmente más correcto considerar la conducta como un continuo en el que los trastornos serían puntos más o menos extremos de él. Esto quiere decir que todas las personas comparten en mayor o menor medida cualquier atributo, pero que variaría el grado en el que se manifiestan. Por tanto, establecer las líneas divisorias de diversas categorías será difícil y, en cierta medida, arbitrario.

4. CAUSALIDAD EN PSICOPATOLOGÍA

La psicopatología clínica trata de entender los trastornos psicológicos para poder actuar sobre ellos a través del tratamiento más eficaz. Para ello, conocer las causas y acercarse al motivo por el que puede aparecer un trastorno y qué factores pueden estar influyendo en su desarrollo, ayudará a proceder con mayor efectividad sobre dichas alteraciones.

Estudiar la etiología de los trastornos psicológicos requiere una visión amplia e integradora. Las limitaciones de las explicaciones y las causas individuales de los trastornos psicopatológicos desarrolladas en el siglo XIX han hecho que actualmente sean

muchos los profesionales de la salud que piensan que, para seguir su progreso, la ciencia debe adoptar un modelo de explicación integral y holístico. Por ello, actualmente la mayoría de los investigadores concluyen que existen distintas perspectivas para explicar y definirlos, y todas ellas pueden ser muy diferentes y complementarias.

Tras considerar que los distintos modelos de forma aislada son insuficientes por sí mismos para abarcar el objeto de nuestra disciplina, hemos llegado a la conclusión de que ninguna influencia específica que contribuya al desarrollo de la psicopatología puede ser excluida. Así, consideraremos que el mejor modelo explicativo es el que tiene en cuenta las causas biológicas, los aspectos psicológicos y las influencias socioculturales como formas complementarias de interpretar la psicopatología, cada una de ellas enfatizando en un aspecto. El problema clínico es multidimensional, por lo que requiere un enfoque multidisciplinar para poder explicarlo. Además, debemos entender también las relaciones, las interacciones entre el funcionamiento psicológico, biológico y social. Una perspectiva que recoge estos aspectos es el modelo bio-psico-social, formulado por Engel (1977). Este enfoque constituye un punto de partida útil para la comprensión de las psicopatologías.

El modelo bio-psico-social de Engel ejemplifica una postura integradora en el mismo concepto de salud. El postulado básico de este modelo es que la salud y la enfermedad son el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales; por tanto, es necesario tener en cuenta estos factores en la determinación de una enfermedad y su tratamiento, defendiendo que todos los factores son importantes. El modelo bio-psico-social se opone al dualismo mente-cuerpo, postulando la importancia de factores que no son psicológicos ni físicos, es decir, los factores sociales y culturales. También defiende la idea de que la relación entre estos factores no es aditiva, sino que existe una interacción entre ellos.

El modelo bio-psico-social surge del énfasis en la contribución de los aspectos sociales a la salud y a la enfermedad, y constituye una de los esfuerzos integradores más influyentes actualmente en el estudio de la salud mental y física (Obiols, 2008). Sin embargo, es importante no caer en el error de pensar que este modelo implica que se le dé una importancia homogénea a los distintos factores en las diferentes enfermedades. Por ejemplo, en el Síndrome de Down la influencia del factor genético es decisiva y la importancia de la educación o de los acontecimientos vitales estresantes son secundarios. En cambio, en las psicosis esquizofrénicas se considera que los factores hereditarios y biológicos son determinantes, aunque conocemos la importancia de factores ambientales y psicosociales (consumo de cannabis o la emoción expresada familiar) en la aparición, el curso y el pronóstico de la enfermedad. Sin embargo, en el desarrollo de una fobia los factores psicológicos y ambientales pueden haber sido determinantes (haberse quedado atrapado en un ascensor puede desencadenar una fobia posterior). Este conocimiento y equilibrio de los diversos factores causales tiene una importancia trascendental tanto en la comprensión científica del trastorno como en la elección posterior de las estrategias

terapéuticas más adecuadas (Obiols, 2008).

En esta misma línea de integración, Theodore Millon (2006), autor americano de gran prestigio internacional en el estudio de los trastornos de la personalidad, considera que la integración de teorías es clave en el estudio de la génesis de los trastornos de la personalidad, en su evaluación y en su posterior tratamiento. Así, considera que interesa mucho conocer la estructura básica de la persona, con sus influencias biológicas y psicológicas, pero también conocer sus cambios, su evolución; ambos aspectos son imprescindibles para entender su funcionamiento.

Millon defiende que lo verdaderamente significativo en la mayoría de los trastornos psicológicos es la personalidad, lugar en el que se están produciendo esos problemas patológicos, de manera que se ha de situar el trastorno y darle sentido a través de la comprensión global de la persona que está sufriendo esos síntomas. Esta concepción tiene grandes implicaciones en el tratamiento psicológico: será muy diferente tratar los síntomas de una fobia en una persona que ha tenido un problema concreto (por ejemplo le ha mordido un perro y desarrolla una fobia), a tratar una fobia en otra persona que es habitualmente miedosa y que teme excesivamente todo lo que no le es muy familiar.

Millon y Davis, haciendo un paralelismo de la psicopatología clínica con la medicina, decían ya en el año 1998:

«La medicina ha aprendido que ni los síntomas —los estornudos y las toses— ni tampoco las infecciones intrusas —los virus y las bacterias— son la clave de la salud o la enfermedad. Más bien, el último determinante es la competencia de la propia capacidad defensiva del cuerpo. Así, también en la psicopatología la clave del bienestar psicológico no es ni la ansiedad ni la depresión, ni los estresores de la temprana niñez o de la vida contemporánea. Más bien, es el equivalente mental del sistema inmunológico del cuerpo —aquella estructura y estilo de procesos psíquicos que representan nuestra capacidad general de percibir y de afrontar nuestro mundo psicosocial—, es decir, el constructo psicológico que denominamos personalidad» (p. 191).

Millon defiende no desmenuzar los posibles factores que influyen en la génesis de un trastorno, ya que esto podría producir la pérdida de la comprensión global. Más bien el objetivo sería buscar causas diversas que ofrezcan una guía general, amplia y unificadora, e integrarlas. En este sentido se tendrían en cuenta las causas biológicas, psicológicas y socioculturales. Pero en las causas psicológicas serían importantes una gran variedad de contenidos (los cognitivos, los psicoanalistas, los sistémicos y los fenomenológicos), integrando así también las distintas teorías psicológicas.

Asimismo, en las causas socioculturales, cuando nos referimos al ambiente se hace desde una perspectiva amplia, en la que además de los factores básicos se incluyen todas las influencias físicas y químicas que pueden alterar nuestro sistema nervioso, como las radiaciones, los tóxicos, los agentes infecciosos, los traumatismos, la dieta, etc. Estos

factores físicos, que son ambientales, ya actúan durante el embarazo y siguen influyendo a lo largo del desarrollo del individuo.

Por último, desde la perspectiva global de la causalidad en psicopatología no hay que olvidar el desarrollo cada vez más creciente de disciplinas como la neurobioquímica, la genética, las teorías del neurodesarrollo y, por tanto, la neuropsicología, que están haciendo grandes aportaciones al conocimiento en profundidad de algunos trastornos psicológicos.

Una manera de organizar las causas bio-psico-sociales sería atendiendo a su influencia para predisponer a la persona a desarrollar trastornos mentales para precipitar el cuadro o para mantener la alteración una vez que ha comenzado. Así, se determinarían:

- a) Factores predisponentes: hacen referencia a cuestiones que establecen la base para que pueda aparecer el cuadro. Algunos de estos factores podrían ser aspectos genéticos, cuestiones relacionadas con el embarazo y el parto, relaciones con los padres en la infancia, apego y afectividad y tipo de personalidad.
- b) Factores precipitantes: se refieren a sucesos claramente delimitados que ocurren poco antes de la aparición de las manifestaciones patológicas. Todos los acontecimientos definidos como estresores vitales podrían precipitar un trastorno psicológico. Los más frecuentes son separaciones amorosas, pérdidas afectivas por la muerte de un ser querido, cambios vitales, cambios hormonales, etc.
- c) Factores de mantenimiento: hacen referencia a las condiciones personales y de contexto que están influyendo en el presente para que el trastorno se mantenga. Éstas pueden ser de orden personal, familiar o desarreglos en algún factor biológico.

Habría que tener también en cuenta los factores protectores o las propias fortalezas psicológicas del paciente. Así, consideramos fundamentales los factores que hacen disminuir las posibilidades de desarrollar un problema clínico o un trastorno psicopatológico. Actualmente se utiliza el término resiliencia para definir la capacidad para funcionar de forma efectiva ante la adversidad o para recuperarse tras un fuerte impacto emocional.

5. ANÁLISIS DE LOS FENÓMENOS PSICOPATOLÓGICOS CLÍNICOS

En este apartado se trataría de considerar una parte de la psicopatología aplicada o clínica. Durante una exploración clínica, ante un paciente concreto conviene tener un esquema que ayude a poner de manifiesto las diversas dimensiones de cada uno de los fenómenos psicopatológicos. La finalidad del clínico no será poner un rótulo o una

etiqueta diagnóstica a la persona que le ha pedido ayuda. La formación del profesional de la salud mental (psiquiatras y psicólogos clínicos) no debe limitarse, por tanto, a conocer las distintas anomalías mentales y del comportamiento, y a saber qué cuadro conforman cuando aparecen conjuntamente. El análisis detallado y preciso de una serie de aspectos de la alteración que presenta y de los aspectos sanos que mantiene será lo que facilite una intervención terapéutica más eficaz; así se podrán conseguir datos de valor que facilitarán un mejor juicio diagnóstico, explicativo, de pronóstico y que orientará en el tratamiento. Las propiedades del fenómeno psicopatológico que se deben tener en cuenta, según Gradillas (1998), podrían ser las indicadas a continuación.

5.1. La conciencia de anomalía

El autoconocimiento que la persona tiene de sí mismo y del trastorno será uno de los aspectos principales que ayudará en el análisis de la alteración. El que la persona tenga conciencia o no será en primer lugar lo que hará que acuda al clínico por sí mismo o sea llevado por algún familiar, aspecto fundamental a la hora de su colaboración en el tratamiento. La falta de conciencia de su alteración puede ir desde no darse cuenta de algunos aspectos de su problema, algo habitual en todos los casos, pero tener capacidad para ir valorándolos junto con el terapeuta y enfrentándose a esos aspectos que le traen problemas en su vida diaria, hasta el extremo de no ser consciente en absoluto de reacciones patológicas y que son claramente identificables para cualquier observador externo. En ocasiones, el sujeto puede haber observado su anomalía, pero, sin embargo, considerarla normal. Así, el cansancio característico de la depresión puede ser interpretado por el paciente como producto de su pereza y crearle más intranquilidad; en otros casos, como en algunos tipos de esquizofrenia o en la anorexia nerviosa, la persona puede extrañarse de que otros consideren anormal su comportamiento.

En la misma línea, la capacidad del sujeto para valorar la intensidad o el grado en el que el proceso alterado le influye es importante. En ocasiones, puede ser consciente de que algo le está sucediendo, pero sin embargo atribuirlo a otras causas. Este sería el caso frecuente de los ataques de pánico, en los que la primera reacción suele ser atribuir los síntomas a factores somáticos, o el caso de la hipocondría, en el que es difícil la intervención del psicólogo hasta que el paciente no acepta que sus síntomas no corresponden a las distintas enfermedades físicas.

5.2. Función y contenido

Ante una persona con dificultades mentales conviene distinguir la función psíquica afectada (cognitiva, perceptiva, motora...) del contenido temático de la alteración propiamente dicha. El ejemplo más claro es en los casos en los que hay que diferenciar una alucinación de una idea delirante. Esto es, una persona puede expresar que oye voces

que hablan sobre él y le critican, y otra estar convencida de que en la televisión se refieren a él continuamente. En el primer caso se trataría de una alucinación auditiva y en el segundo de una idea delirante de referencia; sin embargo, ambas funciones afectadas pueden hacer que las reacciones del paciente sean similares, ya que el contenido de la disfunción es muy similar. En otras ocasiones la función alterada es la misma y, sin embargo, el contenido es distinto. Este sería el caso de dos personas, una creyendo que los demás hablan mal de ella y otra creyendo que es una persona muy importante con una misión especial en el mundo para salvar al resto de los mortales. Las sensaciones y emociones de cada uno de ellos serán distintas por la variación de contenido, aun cuando el área afectada sea la misma (creencias erróneas).

Conocer e identificar estos aspectos ayudará al terapeuta a una mejor comprensión de todo el cuadro psicopatológico, así como a poder prevenir futuras reacciones consecuencias de su malestar psíquico. En los casos en los que hay una desconexión con la realidad (psicosis) parece que la función alterada cobra más importancia, y, sin embargo, en casos más leves como trastornos de ansiedad, identificados por la persona fundamentalmente a través de un malestar subjetivo, el contenido puede tener mucho que ver con experiencias anteriores de su vida y aportar más información para el tratamiento.

5.3. Egosintonía

El que exista una congruencia o una sintonía entre un comportamiento, un pensamiento o una emoción determinados y la propia personalidad del sujeto hará en muchas ocasiones que la valoración sea distinta. En este caso la persona los acepta, no los cree indeseables y no los considera como manifestaciones de un trastorno. Por estas razones se dice que son egosintónicos. Un ejemplo de ello es la persistencia y la intrusión de un pensamiento en la mente de un sujeto, tal como el pensamiento sobre la persona amada en una época de euforia amorosa, lo que no sólo no hará sentirse perturbado al que lo padece, sino que busca este pensamiento para recrearse y disfrutar con él. Sin embargo, un pensamiento intrusivo egodistónico, tal como ocurre en las obsesiones, hará que la persona sienta que la idea es ajena a su propia forma de pensar, sintiéndola como intrusiva y molesta.

5.4. La evolución de la alteración

En el análisis y valoración clínica de una alteración mental o del comportamiento es importante conocer el comienzo, la terminación, la duración y la periodicidad de las sensaciones y del malestar del paciente.

Las alteraciones tienen en ocasiones una aparición brusca y en otras lenta, lo que va a orientar al clínico acerca de su evolución y de la misma naturaleza del trastorno.

Asimismo, la forma de terminar una crisis aguda de ansiedad o una crisis disociativa orientarán al diagnóstico diferencial. La duración del fenómeno psicopatológico orientará acerca de la naturaleza aguda o crónica. Los sistemas de clasificación actuales requieren, en casi todos los casos, que para que se asignen determinadas alteraciones a una categoría diagnóstica específica lleven un tiempo determinado afectando al sujeto. Sin embargo, este criterio diagnóstico, que puede ser importante para la investigación, en la práctica clínica pierde interés, ya que no será necesaria una larga evolución para que se comience la intervención psicológica adecuada.

5.5. Intensidad y cualidad

La anormalidad suele ir asociada a un criterio de intensidad. Todas las personas pueden tener sensaciones o emociones iguales a las consideradas patológicas, pero con menor intensidad. Quizá el criterio para diferenciarlo es que suponga un sufrimiento personal o afectar a alguna de las áreas de sus relaciones personales (familiares, laborales...). Definir cuándo el malestar de una persona tiene suficiente intensidad para considerarla anómala es una cuestión que a veces se presenta difícil, ya que cuantificar el sufrimiento personal no es tarea sencilla.

Existen algunas alteraciones psicológicas que llevan consigo la anormalidad por sí mismas y en las que no se trata de valorar la intensidad, ya que la naturaleza de su patología es de naturaleza cualitativa, al no existir transiciones con la normalidad. Este es el caso, fundamentalmente, de las alucinaciones y de los delirios. Pero, incluso en estas ocasiones, valorar la intensidad es fundamental para conocer el grado de afectación y la vivencia personal de la alteración.

5.6. Dimensión cultural

La valoración del marco sociocultural en el que se encuentra la persona afectada es uno de los aspectos importantes a valorar para poder situar la posible alteración.

Entender este aspecto es muy importante cuando se refiere a personas que pertenecen a otro país con una cultura distinta. Será condición imprescindible para el terapeuta informarse acerca de la normalidad de su cultura para alcanzar una mayor comprensión de lo que sucede, ya que la persona podría estar en un período de adaptación a una nueva cultura durante el cual aún imperan sus propios valores culturales.

Sin embargo, no se trata de considerar este aspecto sólo en los cambios de residencia o culturales, ya que por ejemplo hoy en día son frecuentes las intervenciones psicológicas de los llamados «transeúntes» o «sin techo». En estos casos el terapeuta deberá considerar el estilo de vida al que está expuesta la persona, ya que la finalidad no será probablemente adaptarla a la cultura del terapeuta o a los valores sociales más normalizados, debiendo respetar y considerar el fenómeno sociológico y cultural de la

persona para poder realmente ayudarla.

5.7. Rasgos de personalidad patológicos

Los rasgos de personalidad patológicos son las principales manifestaciones de los trastornos de personalidad, siendo preciso diferenciarlos de las alteraciones psicopatológicas que se producen en una persona en un momento determinado de su vida.

Los trastornos de personalidad son formas habituales de comportarse y de percibir e interpretar la realidad, siendo considerados permanentes y, en cierto modo, inflexibles. Una de las condiciones necesarias, por tanto, para que así sea es que su comienzo sea en una edad temprana y haya persistido a lo largo de la vida. Esta forma habitual de comportarse trae problemas a la persona en cuestión o a las personas de su entorno, por lo que con frecuencia se verán en la clínica.

La diferenciación entre un rasgo de personalidad patológico o un estado psicopatológico es de gran importancia para comprender el problema y poder enfocar adecuadamente la intervención psicológica.

3

Trastornos de ansiedad

MIGUEL ÁNGEL RANDO
JOSEFINA CANO

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad constituyen una de las categorías más amplias que podemos encontrar en los manuales diagnósticos (DSM-5 o CIE-10), y también una de las familias diagnósticas más usadas en el entorno clínico, junto con los denominados trastornos del estado de ánimo.

En nuestro país, la prevalencia-vida de los trastornos de ansiedad en 2002 se estimaba que era de 6,20%, aunque en 2007 había subido a 9,9% (según datos de la OMS). Esta cifra es alta teniendo en cuenta que la prevalencia-vida para los trastornos mentales en general es de 16,6%. En países como Estados Unidos encontramos datos de prevalencia-vida de hasta el 36%.

Otro dato importante es que, por sexos, las mujeres duplican a los hombres en todas las categorías diagnósticas de trastornos de ansiedad, excepto en «fobia social», donde las cifras son similares.

Se calcula que entre un 20-30% de los pacientes que acuden a atención primaria en nuestro sistema nacional de sanidad lo hacen aquejados por algún trastorno de ansiedad, solo o asociado a otros trastornos. Estos pacientes son tratados con psicofármacos, y tan sólo un 5% de ellos ve resuelto su problema a través de los mismos.

Teniendo en cuenta los datos anteriores, hemos de plantearnos que los trastornos de ansiedad han de tener un papel destacado en la formación y en la práctica clínica de los profesionales que intervienen en la salud mental. Suponen además un importante problema en cuanto a cifras de gastos se refiere, por costes en bajas laborales y medicamentos.

2. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Encontramos en esta categoría diagnóstica a todos aquellos trastornos cuyo principal síntoma es la ansiedad manifestada por el paciente u observada por el clínico.

¿Qué entendemos por ansiedad? Podríamos decir que se trata de la anticipación de un peligro (físico y/o emocional) que amenaza al sujeto y que le pone en estado de alerta

(dimensión cognitivo-emocional) y de tensión (dimensión fisiológica). Por tanto, esta reacción debemos entenderla como normal y adaptativa. No podemos vivir sin ansiedad.

Pero, ¿qué ocurre cuando el sujeto percibe que no dispone de recursos para afrontar una situación, o que los que ya ha usado han resultado infructuosos? Entonces opta por huir como una forma de defensa, evitando así daños mayores. Estaríamos en ese caso ante un trastorno de ansiedad.

En tanto que la ansiedad es experimentada por el sujeto como algo contra lo que no puede luchar, ésta lleva (salvo que sea totalmente imposible por el sujeto) a poner en marcha una conducta de evitación. En el caso de las fobias, ésta es claramente la conducta que más define al propio trastorno, en tanto que se convierte en una huida y/o evitación permanente del estímulo fóbico. En los casos de fobia social y agorafobia esta evitación puede llevar al sujeto a situaciones realmente incapacitantes, en tanto que restringe ampliamente sus posibilidades de actuación y/o relación con el entorno. En el trastorno obsesivo-compulsivo el sujeto evita su ansiedad a través de la realización de rituales, y en los trastornos de estrés agudo y estrés postraumático adopta la forma de una huida fóbica hacia los estímulos que le recuerdan al trauma que haya experimentado.

Siguiendo la clasificación de trastornos de ansiedad que propone el DSM-5, tendríamos que hablar de los siguientes:

- Fobia específica.
- Fobia social o ansiedad social.
- Trastorno de pánico o trastorno de angustia.
- Agorafobia.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Ansiedad por separación.
- Mutismo selectivo.
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica.
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.
- Trastorno de ansiedad no especificado.

Si observamos los criterios del CIE-10 (1992), vemos que en este manual los trastornos de ansiedad se encuentran recogidos en el epígrafe de «Trastornos Neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos», en el cual tenemos como subcategorías las siguientes:

- Trastornos de ansiedad fóbica, donde quedan recogidas las fobias específicas, la fobia social y la agorafobia.
- Otros trastornos de ansiedad, donde encontramos el trastorno de pánico (equivalente al trastorno de angustia, la ansiedad generalizada y el trastorno mixto ansiedad-depresión, para el cual deberían establecerse los dos diagnósticos por separado).

- Trastorno obsesivo-compulsivo. Este trastorno recibe una subcategoría propia.
- Trastornos por estrés grave y trastornos de adaptación. Aquí encontramos el estrés agudo y el estrés postraumático, además de los trastornos de adaptación.
- Trastornos disociativos.
- Trastornos somatomorfos.
- Otros trastornos neuróticos.

Vemos que en esta clasificación los trastornos de ansiedad aparecen junto con los denominados trastornos neuróticos, debido a la relación histórica que ha habido entre ambos y que se sigue manteniendo, especialmente en el ámbito de la psiquiatría.

En psicología el concepto de neurosis ha ido quedando en desuso, principalmente por su asociación con la teoría psicoanalítica, y ha sido ampliamente desplazado por el de ansiedad y/o angustia.

Con respecto al DSM-IV y a la CIE-10, podemos observar cómo el DSM-5 ha creado una nueva categoría diagnóstica con el trastorno obsesivo como eje central, y cómo ha sacado de la familia de trastornos de ansiedad al trastorno postraumático y al trastorno de estrés agudo, creando con ellos otra nueva categoría.

Pasamos a continuación a revisar cada una de las categorías diagnósticas. Para ello vamos a seguir la clasificación aportada por el DSM-5, aunque estableceremos su paralelismo con los criterios del CIE-10.

El DSM nos aporta la definición de un concepto importante a tener en cuenta en los trastornos de ansiedad, sin que sea en sí mismo un diagnóstico: se trata del concepto de «ataque de ansiedad» o «ataque de pánico».

Por **ataque de ansiedad** se entiende la aparición aislada y temporal de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros diez minutos:

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblores o sacudidas.
4. Sensación de ahogo o de falta de aliento.
5. Sensación de atragantarse.
6. Opresión o malestar torácico.
7. Náuseas o molestias abdominales.
8. Inestabilidad, mareo o desmayo.
9. Desrealización o despersonalización.
10. Miedo a perder el control o a volverse loco.
11. Miedo a morir.
12. Parestesias.
13. Escalofríos o sofocaciones.

2.1. Trastorno de pánico o trastorno de angustia

Este sería el diagnóstico indicado cuando un sujeto experimenta ataques de ansiedad de forma repetida en el tiempo. El miedo quedaría reflejado en el temor a volver a sufrir un ataque de ansiedad, lo cual conlleva cambios en el comportamiento del sujeto, tales como mayor autoobservación, evitación de sensaciones o comportamientos que cree que podrían propiciar dicho ataque.

2.2. Agorafobia

Diagnóstico indicado cuando un sujeto experimenta ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar pueda resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer un ataque de ansiedad inesperado, o más o menos relacionado con una situación, pueda no disponer de ayuda. Principalmente se huye de lugares como: transporte público, lugares amplios (centros comerciales, puentes...) o lugares cerrados (cine, teatro...). El sujeto se siente a salvo en entornos muy familiares y acompañado de personas de gran confianza.

Veamos un caso de una mujer que acude a consulta porque le dan ataques de pánico desde hace tres años. Nunca antes le había ocurrido. No hay antecedentes familiares de ataques de pánico, pero tanto ella como su familia de origen presentan fobia a la sangre. Se mareaba tanto si le van a sacar sangre como si le van a poner una vacuna.

La primera vez que experimentó un ataque de ansiedad fue al volver a casa tras un día completo en la playa, como en su familia era habitual. Iba en el coche y empezó a tener sudores, sensación de asfixia y quería salir. Le bajó la tensión y le tuvieron que poner suero para recuperarse.

Desde entonces confiesa que no se encuentra bien: empezó a tener problemas para respirar en el trabajo, a agobiarse porque pensaba que tenía algo raro, que no era ansiedad, le dolía mucho el pecho, le daban fuertes punzadas... Se le hicieron pruebas médicas, que descartaron un problema físico. Se le prescribió un tratamiento farmacológico, pero sólo lo tomó dos semanas, pues le provocaba mareos y no quiso seguir con él. Pasó el invierno con altibajos y en la primavera empezó a encontrarse algo mejor. Dejó su trabajo, a los seis meses empezó en otro lugar y no volvió a tener ningún episodio.

En otoño del año siguiente empezó a trabajar en el negocio de un hermano y de nuevo empezó a encontrarse mal. Recuerda que solía tener descomposiciones por las mañanas. Un día se mareó, perdió el conocimiento y se cayó al suelo. La llevaron al hospital, estuvo en la unidad de observación y se descartó un problema orgánico. Le prescribieron Lexatín, pero de nuevo no lo tomó.

Otro episodio le ocurrió en otra ciudad, a la que acudió a acompañar a su hermana para una entrevista de trabajo. Había mucha gente y de pronto empezó a tener un sudor

frío por todo el cuerpo. Como ya le había ocurrido con anterioridad, se volvieron a casa de inmediato. Se tomó un comprimido de Lexatín y empezó a encontrarse mejor. Acudió de nuevo al médico, el cual le prescribió Trankimazin de 0,5 durante dos meses. Se tomó una caja entera, pero según ella no mejoró. Además le producía mucho sueño y no le gustaba esta sensación. Ella misma decidió partir la pastilla y tomar sólo un cuarto.

Meses después, estando en una plaza abarrotada de gente con atracciones infantiles, empezó a «agobiarse», pero hizo un esfuerzo pensando en sus hijos. Se fueron a una cafetería y allí empezó a tener mucha ansiedad, le faltaba el aire y se tuvieron que volver rápidamente en taxi para casa. Se sintió muy mal porque dejó a toda la familia sin poder disfrutar de la salida.

El último episodio le ocurrió estando montada en un barco. No era la primera vez que lo hacía, porque salía a menudo con la familia, hecho que a ella y a sus hijos les encantaba. De nuevo empezó a agobiarse en el barco, se quería ir y volver a casa. Lo hizo sola en su coche. Acudió de nuevo al médico y le dijo que tenía que tomar la medicación de la forma prescrita. Esa misma noche se tomó una infusión relajante, pero se despertó muy temprano y su cabeza no paraba de darle vueltas, con pensamientos negativos del tipo: «a alguien de mi familia le va a ocurrir algo».

Recuerda que la primera vez que tuvo el episodio (volviendo de la playa) se encontraba muy estresada. Estaba trabajando y tenía a su cargo el cuidado de sus hijos. En casa de la madre estaban realizando reformas y tenía que estar pendiente de la evolución de las tareas. Además, a su madre la llamaron en la misma fecha para ser operada.

Hace cinco años falleció su abuela materna. Se cayó, se recuperó, pero empezó a tener dolores de espalda. A los 15 días se murió. Nadie de su familia se lo esperaba y ella tampoco.

Le preocupa el problema porque le da miedo salir de viaje en coche y alojarse fuera de casa. También a veces ha tenido mareos, calor y sensación de asfixia en casa desayunando. Cuando le ocurre esto decide salir con el coche, conducir cerca de casa y normalmente se le pasa el malestar. Hace dos años que no trabaja, y cuando el hermano le ha pedido ayuda para sustituir puntualmente a algún trabajador le ha tenido que decir que no puede, ya que sólo de pensarlo no duerme el día antes. Además, es incapaz de ver programas de urgencias ni de temática sanitaria.

2.3. Fobia específica

En este caso la persona experimenta miedo y por tanto evitación hacia un estímulo muy concreto. Las fobias más frecuentes son: a los ascensores, pájaros, petardos y fuegos artificiales, tormentas, hematofobia, animales, etc.

Generalmente estas fobias se inician porque el sujeto ha reaccionado con miedo ante la situación fóbica, bien porque no sabía cómo afrontarla o bien porque ya la temía

debido al testimonio de personas relevantes. Es muy habitual en hijos e hijas de padres que presentan una fobia, que éstos la acaben manifestando, puesto que no adquieren estrategias de afrontamiento de sus progenitores y además observan la reacción de miedo de los mismos.

Una fobia por la que acuden muchos pacientes a consulta es la que engloba espacios cerrados, ascensores, habitaciones de dimensiones reducidas, etc.

Presentamos el caso de un hombre que trabaja en una empresa de mantenimiento (aire acondicionado, arreglo de fachadas, etc.). No acudiría a consulta si no fuera porque, debido a su problema, se ve obligado a subir varias plantas de edificios altos transportando material. Desde que tenía cuatro años manifiesta tener miedo a los lugares cerrados, sobre todo ascensores u otros lugares similares. Ha tenido distintas experiencias desagradables que le han influido: se ha quedado encerrado en ascensores en dos ocasiones (una de ellas casualmente, otra con amigos jugando y tocando los botones), en aseos también (en uno los amigos le encerraron y le apagaron la luz, y en el otro fue casual). Se pone muy nervioso si tiene que utilizar aseos públicos si son de dimensiones muy reducidas, siendo peor aún si no tienen ventana. Otra experiencia negativa le ocurrió en un tren. En esta ocasión se quedó solo en un vagón, se cerraron las puertas y se preguntaba: «¿y yo cómo salgo de aquí ahora?».

Cuando tiene que subir en ascensor para realizar su trabajo, prefiere hacerlo por las escaleras, sin importarle el número de plantas, más aún si tiene que hacerlo solo. A veces ha subido con un compañero porque se encuentra más seguro, pero el trayecto se le hace muy largo. Se fija en cualquier ruido extraño que oiga, el corazón se le acelera, se pone a sudar, le entra mucho calor, le falta el aire y únicamente quiere salir de allí. A veces ha pensado subir solo, pero su pensamiento es siempre el mismo: «¿y si me quedo encerrado, sin tener posibilidad de escape?». Cuando ha subido en algún ascensor que no tiene puertas de seguridad su grado de malestar es menor que en los que sí la tienen, donde no se deja ver nada fuera, porque su sensación de ahogo, de asfixia y de estar atrapado es mayor, resultándole «más claustrofóbico». En los que tienen puertas de cristal dejando ver todo lo que hay alrededor y la distancia no se ha subido nunca.

Cuando era pequeño también le daban mucho miedo las atracciones de la feria. Recuerda que una vez, cuando tenía 6 o 7 años, estando subido a la noria se quedó arriba mientras daba la vuelta para subir a más niños. «Lo pasó muy mal», porque no podía bajarse. Actualmente este problema ya lo tiene superado, aunque reconoce que si se sube a una atracción en la que debe permanecer con los brazos sujetados fuertemente para evitar salir despedidos, le resulta muy desagradable. Manifiesta que también tiene miedo a las alturas; por ejemplo, le cuesta asomarse desde la terraza de un piso, trabajar desde dos o tres cuerpos de andamios, trabajar sobre un andamio colgante eléctrico, o subir en teleférico, telecabina o telesilla. Tampoco podría asomarse por la ventanilla estando montado en avión, por eso tampoco lo ha intentado nunca. No le produce miedo sentir el cosquilleo en el cuerpo debido al despegue o aterrizaje, pero como no sabe cómo puede

reaccionar estando «encerrado» en un lugar donde no tiene posibilidad de escapar, prefiere no intentarlo. En coche no tiene problema, y en tren tampoco, pero evita ir al baño en todo el trayecto. En autobús de largo recorrido sí se sube, y si tiene que utilizar el aseo suele dejar la puerta abierta. En barco tampoco lo ha intentado.

2.4. Fobia social

En este caso el estímulo temido, aquello que la persona evita y que le produce ansiedad, es el contacto social en cualquiera de sus manifestaciones. Esto es muy incapacitante, puesto que somos seres sociales y constantemente estamos expuestos a situaciones de interacción social. El sujeto con fobia social puede limitar mucho su vida, en un intento de restringir su contacto social tan sólo a personas de su entorno familiar.

Relatamos a continuación un caso que ilustra este tipo de diagnóstico. Se trata de una mujer de 22 años, la mayor de dos hermanos. Lleva tres años en su carrera, le gusta mucho, pero presenta ansiedad debido a la falta de concentración en los estudios y a su miedo a realizar exámenes. En la historia nos revela que le ocurre desde el primer año de carrera, si bien también relata que ya cursando tercero de ESO se ponía nerviosa. Ella lo atribuía al hecho de tener muchas asignaturas y asistir a la EOI, pues estudiaba tercero de inglés y primero de ruso. Los síntomas que presentaba antes del examen eran principalmente temblores, y cuando repasaba no se acordaba de nada, «mi mente se queda en blanco». En la universidad presenta los mismos síntomas, además de taquicardia. Cuando se encuentra más preparada manifiesta que la ansiedad es algo menor. Ha evitado presentarse a exámenes, aunque actualmente los afronta, con más o menos dificultad. Le entristece que le falte tiempo debido a la ansiedad, y que la calificación en el examen sea más baja de lo que espera.

Durante un cuatrimestre ha dejado de asistir a clases por motivos familiares. Desde que ha vuelto a estudiar en la universidad no se concentra y está muy desmotivada, describiendo que su mente está muy cansada. Este hecho le entristece aún más, porque conoce el esfuerzo que sus padres hacen para que ella pueda estudiar. Antes iba al gimnasio, pero actualmente no se lo puede permitir.

Cambiar de residencia para estudiar en la universidad no le ha supuesto ningún problema. Al principio vivía sola en un piso, muy económico pero muy lejos de su centro de estudios. Al no disponer de vehículo propio, empleaba mucho tiempo en desplazarse y esto le generaba ansiedad. Se trasladó a una residencia más cercana, que le permitía dedicar más tiempo a los estudios. Este cambio fue para ella un gran alivio, porque se encontraba menos estresada y muy a gusto porque sólo vivían chicas.

Debido a la ansiedad ante los exámenes y su retraso en superar asignaturas en la licenciatura ha tenido que empezar en el grado. Cuando acude a clase no tiene problemas de concentración, pero no asiste de forma regular. Reconoce que no tiene hábitos de estudio y que no se planifica, pero lo que más le preocupa es la dificultad para hablar en

público en la clase. Se pone muy nerviosa, la cara se le pone muy «roja», se queda en blanco y no lo puede controlar. Nunca pregunta en clase si tiene alguna duda e intenta evitar hablar con profesores en tutorías, independientemente del sexo. Recuerda que una vez tuvo una experiencia negativa en clase preguntando. El profesor se enfadó bastante y desde entonces nunca ha vuelto a preguntar.

Manifiesta que no tiene amigos en la universidad y que le cuesta mucho relacionarse. Se encuentra insegura cuando está con gente e incluso a veces le duele el estómago. En su pueblo sí tiene amigas, aunque las ve poco. Las actividades que hace con ellas se limitan a ir a una cafetería o a dar un paseo, y siempre de día. Sus amigas son muy parecidas a ella. Le gusta estar en casa por la noche, no ha salido nunca ni lo echa de menos. Sus padres no se lo prohíben, pero tampoco lo hace su hermano, de modo que no hay costumbre en casa de salir por la noche. Su abuela paterna, que vive con ellos, les ha inculcado ideas sesgadas acerca de la noche, de los peligros que hay y que no se fíen de la gente. Reconoce que influye mucho en ella, porque es como su segunda madre.

También evita relacionarse con gente nueva, porque le da miedo y piensa que la pueden rechazar. Que un chico se le acerque para hablar no le gusta, le produce taquicardia. No tiene grupo de trabajo en clase, porque se incorporó un mes más tarde que sus compañeros y tampoco es capaz de solicitar si puede pertenecer a alguno.

Nunca ha tenido ninguna relación de pareja, y manifiesta que no lo necesita. Algunos chicos se han interesado en ella pero los ha rechazado. Le molestaba incluso que insistieran de forma continua en salir con ella. Rechaza totalmente la idea de casarse y tener hijos, afirmando que «soy muy cabezota». Desea acabar sus estudios y trabajar, opción muy respetada por sus padres.

Los problemas que presenta en el ámbito social no sólo le ocurren en el ambiente universitario, sino también en otras situaciones sociales cotidianas: devolver objetos en una tienda, pedir la cuenta a un camarero, pedir cómo llegar a un lugar, decir no, aceptar una cita, etc.

Evita un elevado número de situaciones sociales, debido a la elevada ansiedad: pronunciar un discurso ante una audiencia, acudir o dar una fiesta, hablar con gente que no conoce bien, encontrarse con extraños, hablar en una reunión, etc. También evita subirse a un autobús con mucha gente, porque no soporta la idea de que se ponga detrás de ella algún hombre desconocido, sintiéndose muy incómoda.

A veces no evita situaciones sociales, pero las afronta con un nivel muy alto de ansiedad: llamar a alguien que no conoce bien, escribir o trabajar mientras le están observando, entrar en una habitación cuando los demás están sentados, ser el centro de atención, mirar a los ojos a gente que no conoce bien, etc.

Son numerosas las situaciones en las que tiene miedo a la evaluación negativa por parte de los demás, a la desaprobación, a las críticas de forma continua o lo que pueden estar pensando sobre ella. Por esta razón evita todo lo posible el contacto social, siendo aún más evidente si son personas del otro sexo.

2.5. Trastorno de ansiedad generalizada

En este caso nos encontramos ante personas que sienten que viven constantemente amenazadas. Cualquier cambio en sus vidas, en sus rutinas o la aparición de situaciones sobre las que no tienen pleno control les provoca una reacción de ansiedad. Intentan tener sus vidas muy organizadas y planificadas para evitar cambios, cosa que no siempre es posible. Exponemos a continuación un caso que ilustra este tipo de trastorno.

Se trata de un hombre que desde hace cuatro años presenta opresión en el pecho, dificultad para respirar, dermatitis, temblor interno y sudoración excesiva. Suele despertarse a las cinco de la madrugada y no puede volver a dormirse. Intenta no pensar en asuntos pendientes, para no estar en alerta. Insiste en que hace mucho tiempo que no se encuentra relajado, definiéndolo «como si tuviera un motor interno que me hace estar hipervigilante todo el día». Diez años antes estuvo en terapia psicológica, porque se encontraba muy deprimido.

Los cuatro años últimos han sido difíciles para él. Se le han unido muchas situaciones personales: conseguir la estabilidad en su empleo, asumir nuevos retos en el trabajo y ayudar a su mujer a superar una grave enfermedad.

Ocupa un puesto de subdirector de una empresa multinacional y manifiesta que no puede delegar ninguna tarea a otras personas que tiene a su cargo, porque cuando lo ha hecho finalmente las ha tenido que asumir él, debido a que no son tan responsables como él y tiene que estar continuamente pendiente de la finalización de dichas tareas. Admite que le cuesta pedir favores.

Su problema no afecta a ningún área excepto a la laboral. Durante la semana suele estar más cansado porque no duerme las horas que necesita. Su trabajo le gusta mucho, pero lo que peor lleva son los imprevistos diarios a los que les tiene que dar salida, porque tiene que cumplir con unos plazos establecidos. Le gusta tenerlo todo controlado. Cuando termina todas las tareas se siente muy bien, pero al mismo tiempo agotado. A veces incluso no le da tiempo a relajarse cuando ya tiene otras tareas nuevas. A veces siente que no puede más y que le falta tiempo. Ha pensado incluso en dejar su puesto de subdirector, pero le crea malestar porque dejaría a la directora con toda la responsabilidad y sin que nadie hasta el momento puede ocupar su lugar.

Intenta no llevarse nada de trabajo a casa los fines de semana, los cuales suele dedicar a realizar tareas domésticas y a salir con su mujer e hijos. Cuando ella le observa la dermatitis tan visible en la cara, le dice que intente disfrutar más de la vida diaria, que no trabaje tanto o que intente relajarse, porque cree que si sigue así va a tener serios problemas de corazón. Él está de acuerdo con ella, pero no lo puede evitar, y no sabe cómo manejar la ansiedad.

2.6. Ansiedad por separación

Los niños y niñas suelen experimentar preocupación al sentirse alejados y desprotegidos por sus cuidadores. Cuando este miedo se convierte en una conducta que dificulta el adecuado funcionamiento de los menores, hablamos de ansiedad por separación, la cual queda definida de esta manera: miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (por ejemplo, perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermarse) cause la separación de una figura de gran apego.
4. Resistencia o rechazo persistente a salir lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.
5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.
8. Quejas repetidas de síntomas físicos (por ejemplo, dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.

La ansiedad por separación se presenta en aproximadamente un 5% de la población infantil y tiene una alta relación con el absentismo escolar, pues los menores, al sentirse mal, somatizan, mostrando una serie de quejas tales como dolor de cabeza, de barriga, vómitos, etc.

Igualmente, mientras permanecen en clase muestran menos atención al desarrollo de las actividades académicas puesto que el miedo les mantiene pendientes a lo que sienten y alejados de otros estímulos. Esto conlleva un peor desempeño y, por consiguiente, un peor ajuste académico.

2.7. Mutismo selectivo

Queda definido en el DSM-5 el mutismo selectivo como la incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en que se espera que debe

hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (prototípicamente en casa y en presencia de familiares cercanos).

Se trata de un trastorno que tiene especial incidencia en la infancia y que no suele diagnosticarse hasta que los niños y niñas se escolarizan. Es en este momento en el que los sujetos deben adaptarse a un nuevo y desconocido entorno social cuando se manifiestan los síntomas.

El miedo a la interacción social hace que el sujeto la evite, bloqueando la producción verbal y eliminando así la propia interacción con otros sujetos. La evolución natural hace que este trastorno desaparezca a lo largo de los años (se estima una duración media de 8 años). La escolarización puede actuar de forma natural como una exposición prolongada que ayuda a la eliminación de los síntomas.

Este trastorno tiene una clara relación con la fobia social, a la cual suele aparecer asociado y, al igual que aquel, al darse en los primeros años de escolarización puede correlacionar con malos resultados académicos, en tanto que el sujeto evita determinadas situaciones, o se implica menos con ellas, que pueden conllevar una evaluación por parte de los docentes.

2.8. Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica

Categoría diagnóstica usada cuando los síntomas de ansiedad son consecuencia directa de una enfermedad médica.

2.9. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

Si la aparición de los síntomas de ansiedad esta relacionada con el consumo, la intoxicación o la abstinencia de un fármaco o una droga, estaríamos ante un caso de ansiedad inducida por sustancias.

3. ETIOLOGÍA

En el apartado anterior habíamos definido la ansiedad como la anticipación de un peligro que ponía a la persona en situación de defensa. También decíamos que cuando el sujeto no disponía de recursos suficientes o los que había usado habían resultado infructuosos ponía en marcha estrategias de huida y no de afrontamiento. Este es el origen de los trastornos de ansiedad. ¿Por qué la persona en cuestión no tiene recursos de afrontamiento? Porque no los ha adquirido en su proceso educativo o porque nunca se enfrentó a esa situación o a otras parecidas. Por ejemplo, los estilos educativos sobreprotectores pueden favorecer la aparición de ciertos miedos, debido al no aprendizaje de recursos de afrontamiento.

En función de a qué se dirige el temor, podremos categorizar los trastornos de ansiedad. Si el temor está claramente dirigido a un estímulo tendríamos una fobia simple, pero si ese estímulo es el contacto social tendríamos una fobia social. Si el temor tiene que ver con sentirse sin recursos en situaciones donde el sujeto no tiene ayuda o le será difícil huir tendríamos una agorafobia. El miedo a la desprotección por parte de las figuras de apego desencadenaría la ansiedad por separación, y el miedo a la interacción social, el mutismo selectivo. Cuando el miedo afecta a múltiples situaciones hablamos de ansiedad generalizada, y normalmente afecta a sujetos que viven en constante preocupación ante cualquier cambio en sus rutinas, aparición de adversidades, etc.

Siempre que un sujeto huye de un estímulo o situación logra calmar su ansiedad pero no aprende estrategias de afrontamiento, con lo cual el problema persiste y la huida sigue siendo la única estrategia posible en el futuro.

Si analizamos esta cuestión desde un enfoque funcional, tendríamos que el refuerzo negativo constituye la clave para el mantenimiento de las conductas de huida, dado que éstas libran al sujeto de seguir sintiendo ansiedad.

Tengamos en cuenta que una técnica de aplicación en todos los trastornos de ansiedad es la exposición. Mediante ella conseguimos que el paciente aprenda a afrontar la situación, bien desarrollando nuevas estrategias o bien aprendiendo que su miedo no es necesario, puesto que no está en peligro «real».

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN Y DEBATE

1. En el caso que aparece reflejado en el apartado de fobia específica, ¿a qué conductas crees que habría que exponer al sujeto? Diseña un posible plan de intervención, graduando las exposiciones y describiendo cómo debería realizarlas.
2. Haz lo mismo en el caso de fobia social. Detalla cómo llevarías a cabo la intervención y a qué conductas crees que habría que dirigir la exposición.

4

Trastorno obsesivo-compulsivo y afines

MIGUEL ÁNGEL RANDO

1. INTRODUCCIÓN

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) ha estado ligado tradicionalmente a los trastornos de ansiedad. En la edición número 4 del DSM aparecía dentro de esta familia diagnóstica, y en el CIE-10 vemos que aparece junto a los trastornos de ansiedad bajo un mismo grupo diagnóstico denominado «trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos».

En la última edición del DSM nos encontramos con que se ha optado por dar una entidad específica al TOC, creando un grupo diagnóstico donde también se incluyen otros trastornos tales como la tricotilomanía, el trastorno por acumulación, la excoriación de la piel y el trastorno dismórfico corporal.

Algunos de ellos son de nueva creación, como el trastorno de acumulación y el de excoriación de la piel (que ya había sido descrito por algunos clínicos y considerado un hábito nervioso), mientras que otros han sido incorporados a esta categoría provenientes de otras anteriores. Así, la tricotilomanía se encontraba recogida en los trastornos del control de los impulsos y el trastorno dismórfico corporal en los trastornos somatomorfos.

2. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVOS Y AFINES

2.1. Trastorno obsesivo-compulsivo

Los sujetos que presentan este trastorno tienen miedo a sufrir algún tipo de daño o contratiempo (enfermedad, accidente, muerte suya o de seres queridos...), y para evitar que eso ocurra, dado que no pueden hacer nada racionalmente efectivo, optan por la realización de un ritual, que de forma transitoria calma la ansiedad que experimentan. Dado que ese ritual no aleja de forma permanente el miedo que sufre el paciente, éste se ve obligado a realizar constantemente dicho ritual. Algunos pacientes consumen muchas horas al día en la realización de sus rituales, los cuales pueden llegar a restringir mucho

su vida social, laboral, afectiva, etc.

Tenemos por tanto dos componentes claramente diferenciados; de ahí la denominación de este trastorno. Por un lado existe una obsesión, que sería el pensamiento que amenaza al sujeto con la posibilidad de que ocurra algo desagradable, y por otro la compulsión, que es el acto o comportamiento que el sujeto realiza para librarse del miedo pronosticado por la obsesión. Este comportamiento puede ser físico (lavarse las manos) o mental (realizar un cálculo numérico o recordar una oración).

Los rituales o compulsiones más frecuentes suelen ser los de orden, limpieza y comprobación. El sujeto reconoce que la realización de sus rituales no está conectada de forma lógica con el peligro que quiere evitar, pero no por ello consigue frenarlos, ya que, como hemos comentado, le alivian temporalmente.

A continuación mostramos un caso ilustrativo de este tipo de trastorno. Se trata de un varón que vive con su hermana mayor. Su problema radica en que «todo lo tiene que tocar y contar un número determinado de veces». Desde siempre le ha gustado repetir cosas. Un día no quiso seguir haciéndolo y «me entró algo como si fuera a perder el control». El problema se ha cronificado y desde entonces «mi vida es un puro ritual». Si no lo hace piensa que «va a pasar algo». Hace unos días, coincidiendo con un período de exámenes, tuvo que entrar doce veces a su casa. Si no lo hacía pensaba que iba a olvidar los apuntes, porque intuía que el examen no lo podía aprobar. Se peina doce veces, y si se atasca el peine tiene que empezar desde el principio, ya que si no lo hace piensa que le va a pasar algo. Bebe agua en dos vasos distintos en su casa y tiene que contar doce veces coincidiendo cuando bebe. Si un día se encuentra muy decaído son doce por doce las veces que tiene que contar.

Se afeita un día sí otro no y aunque no salga a la calle. Se repasa doce veces la cuchilla. Si no le «sale bien», por un despiste, tiene que empezar de nuevo desde el principio. Puede tardar en ello alrededor de dos horas. Bañarse es también un puro ritual. Cada parte de su cuerpo la frota doce veces y siempre en una misma dirección. Si piensa que no lo ha hecho bien, tiene que volver a empezar. Emplea de dos a tres horas en ducharse. Por este motivo estuvo una temporada que prefería no afeitarse ni bañarse. Se lava las manos muchas veces, no porque tenga miedo a contaminarse, sino porque le gusta tener las manos limpias, pero siempre lo hace un número de veces par y de doce en doce (doce, veinticuatro, treinta y seis...).

Cuando se viste tiene que contar doce veces cada prenda de ropa que se pone. Con el tiempo, el pensamiento obsesivo cambió por otro: «voy a hacer daño a mi hermana», y estuvo diez años sin coger cuchillos cuando estaba sentado en la mesa. Durante muchos años no los podía ver. Ahora sí, pero come con cuchillos de plástico.

Le relaja escribir cartas y no le gusta hacer «tachaduras», pero cuando escribe también presenta rituales. El final de la línea lo tiene que «retintar», pues no hacerlo le produce mucha ansiedad. Lo hace un número elevado de veces, siempre par, veinte, treinta..., llegando incluso a romper la hoja. El día trece, por superstición, no escribe

nada.

Cuando se sienta a comer todas las cosas las tiene que coger doce veces. Lo peor es que «he involucrado a mi hermana, le digo no te vayas, que ya estoy acabando». Por ejemplo, la cuchara tiene que cogerla doce veces, pero puede llegar a cincuenta, a cien, a mil; «es una locura». Si tiene un tenedor le gusta hacerlo sonar doce veces y oír el ruido que hace. Por este motivo tarda unas tres o cuatro horas en comer. Hace tiempo lo tenía que hacer todo con la mano izquierda, excepto escribir, que lo hace con la derecha.

Cuando su familia y los amigos están presentes disminuyen los rituales, pues los disimula más. Lo mismo le sucede cuando está en la caja del supermercado, y aunque cuenta un número de veces el dinero, no es alta la frecuencia debido a la presión externa.

Leer le gusta mucho, pero según la palabra que lea tiene que ponerse a contar, porque a veces le vienen pensamientos relacionados con hacer daño a alguien.

2.2. Trastorno dismórfico corporal

La persona que lo padece presenta una preocupación por uno o más defectos imaginados en su aspecto físico que no son observables por los otros, o incluso si existen leves anomalías la preocupación del sujeto es excesiva. Esto conlleva la aparición de conductas repetitivas (por ejemplo, mirarse en el espejo...) o actos mentales (por ejemplo, comparaciones de su propia apariencia con la de otras personas...), en relación con el aspecto físico. Esta preocupación no se explica mejor por la presencia de sobrepeso o de otros problemas de peso en personas que presenten un trastorno de alimentación.

Se estima que puede presentarlo entre un 1% y un 2% de la población. Tiende a presentar un curso crónico, y puede presentar comorbilidad con el trastorno depresivo mayor y con la fobia social.

La dismorfobia muscular es un tipo de trastorno dismórfico corporal que se caracteriza por la creencia de que el cuerpo de uno es demasiado pequeño o no está lo suficientemente musculado.

2.3. Trastorno por acumulación

Este trastorno se caracteriza por persistentes dificultades en deshacerse, del todo o en parte, de pertenencias, a pesar de reconocer que el valor actual de las mismas es menor que cuando fueron adquiridas o incluso nulo. El resultado es una fuerte necesidad por guardarlas o atesorarlas, que va acompañado de estrés o angustia cuando el sujeto intenta, o se ve obligado, a deshacerse de ellas.

Aunque no existen datos totalmente concluyentes, se estima que este trastorno lo puede presentar entre un 3% y un 5% de la población.

Las personas que lo padecen se justifican debido a la percepción de utilidad o valor

estético o un apego importante a nivel sentimental (periódicos, revistas, ropa antigua, libros, bolsas, cartas, etc.). Muchas personas acumulan objetos de valor, mezclados con otros muchos de escaso valor, invadiendo áreas de la vivienda o hacienda, a veces, intransitable el lugar, lo cual suele acarrear problemas importantes de convivencia.

Aunque el sujeto reconoce que en la actualidad los objetos acumulados no le son útiles, piensa que en el futuro podrá necesitarlos, y por ello no quiere deshacerse de ellos. La acumulación puede llegar a ser tan alta que en ocasiones el sujeto tiene problemas para localizar alguno de los objetos guardados, pero el hecho de saber que lo posee le tranquiliza y le hace sentirse más seguro. Aunque la mayoría de las veces la acumulación se refiere a objetos físicos, también puede llevarse a cabo acumulación de material virtual o informático (por ejemplo guardar ficheros, mensajes...). A menudo el sujeto invierte importantes cantidades de tiempo en ordenar o volver a clasificar sus objetos acumulados bajo diferentes criterios. Por ejemplo, alguien que acumule noticias de periódicos puede clasificarlas por fechas de publicación, o por contenidos de noticias.

Un subtipo es la excesiva adquisición de nuevos objetos, aunque no sean necesarios y para los cuales no hay un espacio disponible.

Este trastorno difiere de las personas que coleccionan objetos, que no padecen este trastorno, aunque lleven un orden y sistematicidad de los mismos. También habría que distinguirlo del denominado síndrome de Diógenes, en el cual la conducta de acumulación está ligada al padecimiento de una demencia, por lo cual el sujeto vive en un estado de abandono. Su aspecto y conducta social suelen estar alterados, cosa que no ocurre en el trastorno por acumulación, en el cual el sujeto mantiene una vida social y/o laboral adecuada.

2.4. Tricotilomanía

Se caracteriza por arrancarse el cabello, con la consiguiente pérdida del mismo. Las zonas o áreas de donde se extrae el vello pueden ser muy variadas. Las más habituales son el cuero cabelludo, las cejas y pestañas. En menor medida, en las axilas, el vello púbico, en la cara o en la zona perirrectal. Los patrones de pérdida de pelo son muy variables, desde la alopecia completa a la coexistencia de zonas donde sí existe vello junto a otras donde éste es inexistente.

La mayoría de las personas que lo padecen tienen también una o más conductas repetitivas centradas en su cuerpo, incluyendo el trastorno por excoriación, morderse el labio, morderse las uñas, etc. Se estima que un 4% de la población puede presentar este trastorno, el cual tiende a cronificarse y suele aparecer asociado a trastorno obsesivo-compulsivo en un alto número de casos.

Existe una ansiedad o tensión previa que resulta aliviada una vez que se produce la conducta. Una vez que esto ocurre desaparece esa tensión, y el sujeto se ve afectado por una sensación de culpabilidad y de falta de control sobre su conducta.

En ocasiones la conducta está tan automatizada que el sujeto apenas es consciente de que está ejecutando la conducta.

En el capítulo dedicado al trastorno del control de impulsos se hace también referencia a este problema.

2.5. Trastorno de excoriación de la piel

Se caracteriza por conductas repetidas de rasgarse la piel de uno mismo, produciéndose lesiones en la misma. La piel es excoriada usando las propias uñas, los dientes o incluso algún tipo de instrumentos como pinzas o palillos. El sujeto lleva a cabo intentos repetidos de disminuir la conducta y parar de hacerlo, consiguiéndolo temporalmente pero volviendo a recaer de nuevo. El curso suele ser crónico. En algunos casos el inicio puede estar causado por la presencia de heridas o escamaciones de la piel que el sujeto ha intentado eliminar.

Los lugares más comunes en los que se lleva a cabo la excoriación de la piel son las manos, la cara, el interior de la boca y los brazos, pero existen casos de personas que se rasgan en distintos lugares del cuerpo.

Los sujetos emplean bastante tiempo en la realización de esta conducta, a veces varias horas al día, y acaba convirtiéndose en una conducta tan automática que se puede llevar a cabo en paralelo con la ejecución de otras conductas (por ejemplo, el sujeto puede estar estudiando mientras realiza esta conducta, o escribiendo con su mano derecha mientras que con la izquierda está pellizcando alguna parte de su piel).

Al igual que ocurría en la tricotilomanía, existe una tensión que resulta aliviada al llevar a cabo la conducta, apareciendo posteriormente las sensaciones de culpabilidad y falta de dominio sobre sí mismo. Con el trascurso del tiempo también llega a convertirse en un acto puramente automático que en ocasiones no requiere la atención del sujeto, igual que vimos que ocurría en la tricotilomanía.

2.6. Trastorno obsesivo-compulsivo y afines debidos a enfermedad médica

En este caso la existencia de algún trastorno obsesivo-compulsivo o afín se explica mejor como la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

2.7. Trastorno obsesivo-compulsivo y afines inducidos por sustancias

Se trataría de casos en los que la presencia de algún trastorno obsesivo-compulsivo o afín está claramente causada por la intoxicación o abstinencia de una sustancia, o se produce durante el consumo de la misma.

3. ETIOLOGÍA

En el origen de los trastornos obsesivo-compulsivos encontramos que el sujeto ha calmado una preocupación que le causaba ansiedad y que escapaba de su control, realizando una compulsión. De esta forma, la compulsión o ritual tiende a perpetuarse. Podríamos establecer un paralelismo entre las conductas de huida que se producen en los trastornos de ansiedad y la realización del ritual en el TOC. En ambos casos el sujeto elimina la ansiedad (refuerzo negativo) y, por tanto, la conducta tiende a aumentar de frecuencia. Es por ello que aunque la compulsión carezca de lógica, no por ello se deja de realizar y el sujeto no es capaz de extinguirla.

En la tricotilomanía y el trastorno por excoriación encontramos un origen similar. El sujeto logra calmar una preocupación, o distraer su atención de la misma, llevando a cabo la conducta en cuestión. El hecho de que esa eliminación de tensión resulte efectiva hace que la conducta se instale, aun siendo nociva para el sujeto.

En el trastorno por acumulación, el sujeto se siente seguro con la acumulación de objetos, eliminando de esta forma la sensación de desprotección por carecer de ellos si fuese necesario.

Vemos, por tanto, que todos estos trastornos tienen en común el hecho de producir sensaciones de protección o bienestar a costa de realizar conductas claramente inapropiadas o innecesarias para el sujeto. Calman una tensión o preocupación previas, pasando a ser necesarias para el sujeto, puesto que no aprende o desarrolla otras vías para lograr el mismo resultado.

Es frecuente en todos ellos que correlacione con patrones de búsqueda de perfección.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN Y DEBATE

1. En el caso de trastorno obsesivo-compulsivo, ¿qué parecidos encuentras entre las manifestaciones clínicas de este caso y las de un caso de fobia?
2. ¿Cuáles consideras que podrían ser las líneas de intervención terapéutica en los casos de tricotilomanía y excoriación de la piel?

5

Trastornos depresivos

VANESSA GONZÁLEZ HERERO

NATALIA RAMOS

MARTA FERRAGUT

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos depresivos se encuentran entre los trastornos más frecuentes por los que las personas solicitan ayuda, bien a los profesionales de la salud mental bien a los médicos generales. Esto nos puede ayudar a hacernos una idea de la gran cantidad de individuos que sufren esta patología, así como de las importantes disfunciones que se derivan de ella. De hecho, la depresión constituye la principal causa de muerte por suicidio, estimándose que el riesgo de suicidio es al menos 30 veces superior para las personas que sufren un trastorno del estado de ánimo que para la población general.

A continuación se expone un caso clínico para introducir y facilitar la comprensión de los trastornos depresivos.

Isabel, de 40 años, se encuentra muy triste y sin ilusión por nada en la vida. Está casada y tiene una hija de 8 años. Trabaja en la clínica de odontología de su hermano, que también es su jefe, realizando tareas administrativas. En el momento actual ha dejado de hacer todas las actividades agradables que antes le gustaban, y sus amistades, aburridas de que no responda a sus llamadas, la han dejado por imposible y han dejado de llamarla e interesarse por ella. Además, está teniendo serios problemas con su marido y con su hermano. Su marido se queja de que está continuamente triste, apática y llorando, y de que tiene la casa y a la familia abandonadas, preocupándose fundamentalmente por la niña, quien no para de hacer preguntas acerca de lo que le sucede a su madre. En cuanto a su hermano, ha comenzado a llamarle la atención porque dice que no está concentrada en su trabajo, y que esto le está empezando a repercutir en el suyo propio, pues al no dar ella las citas correctamente a sus clientes, él se encuentra con días o bien muy estresantes, con mucha sobrecarga de trabajo, o bien con otros en lo que apenas ve a nadie. Isabel siente mucha ansiedad al pensar en el trabajo, porque el miedo que siente a realizar mal sus tareas hace que se quede bloqueada y que su hermano termine gritándole delante de todos sus compañeros y clientes. Todo esto hace que Isabel se sienta muy culpable e impotente, porque es consciente de lo que le está sucediendo, pero comenta que no puede hacer nada por evitarlo.

Desde que se levanta los lunes por la mañana, después de una noche de insomnio, se siente incapaz de afrontar otra semana laboral, siente toda la musculatura muy tensa, un nudo en el estómago que apenas la deja respirar, le duele la cabeza y se siente totalmente desesperanzada, pues no ve salida a su situación (lleva ya mucho tiempo así). Le asaltan pensamientos de que así no puede seguir, que le va a arruinar la vida a su hija y a todos los que la rodean, y que todos estarían mucho mejor sin ella. Ha tenido varios intentos de suicidio tomándose pastillas, y en una ocasión estuvo realmente muy cerca, pues su marido la encontró inconsciente y con espuma en la boca.

Los problemas de Isabel comenzaron hace unos 10 años, después de que «el hombre de su vida» la abandonara por otra. Desde entonces, y a pesar de que ha rehecho su vida con una buena persona que la ha ayudado mucho, ha ido empeorando progresivamente, y se siente tremendamente culpable al pensar que si «ese hombre» apareciera de nuevo y le pidiera volver, lo dejaría todo, hasta a su hija, para irse con él.

Desde la Antigüedad se han descrito los trastornos depresivos, y sorprende comprobar cómo las manifestaciones de dichos trastornos y las descripciones de la tristeza, la incapacidad para experimentar placer y la desesperación profunda experimentada por las personas, y que constituyen la sintomatología principal de la depresión, han variado muy poco a lo largo de más de 25 siglos. Por el contrario, encontramos cambios drásticos con el paso de los años en la conceptualización, la clasificación y el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo.

2. DIAGNÓSTICO

Según el DSM-5, los trastornos depresivos en adultos se dividen en: trastorno depresivo mayor (incluyendo el episodio depresivo mayor), trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por sustancias o medicación, trastorno depresivo debido a otra condición médica, otros trastornos depresivos especificados y trastornos depresivos no especificados.

2.1. Trastorno depresivo mayor

En la tabla 5.1 se recogen los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor según el DSM-5.

A) La principal característica del trastorno depresivo mayor es la presencia en la persona, durante un período de al menos dos semanas consecutivas (aunque la mayoría de los episodios duran considerablemente más), de un estado de ánimo triste o deprimido o una pérdida acusada del interés o del placer en todas o casi todas las actividades con

las que antes solía disfrutar. Además de que la persona experimente necesariamente el primer o el segundo síntoma (o ambos), para establecer el diagnóstico de trastorno depresivo mayor ha de presentar, al menos, cuatro síntomas más (véase tabla 5.1).

Asimismo, el diagnóstico de trastorno depresivo mayor requiere el cumplimiento de los siguientes criterios: B) que los síntomas provoquen malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la persona; C) que los síntomas no sean debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, un medicamento o una enfermedad médica.

Además, para establecer el diagnóstico de trastorno depresivo mayor se han de cumplir una serie de requisitos e indicar una serie de especificaciones que a continuación se detallan:

1. Indicar si el trastorno depresivo mayor está basado en un episodio depresivo único (aparece por primera vez en la vida de la persona), o bien en un episodio depresivo recurrente (la persona, a lo largo de su vida ha manifestado al menos dos episodios depresivos mayores; para ser considerados episodios separados tiene que haber existido un intervalo de al menos dos meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor).
2. Que se indique el nivel de gravedad del trastorno (leve, moderado o grave), si cursa o no con síntomas psicóticos, y si en el momento actual se halla en remisión parcial, total, o en estado crónico. Además, se ha de especificar si está asociado a una serie de síntomas catatónicos, melancólicos, atípicos o de inicio en el posparto, y, en el caso de que sea recurrente, añadir especificaciones del curso (con y sin recuperación interepisódica y patrón estacional).

TABLA 5.1

Criterios diagnósticos según el DSM-5 para el trastorno depresivo mayor

- A) Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante un período de al menos dos semanas y siempre que representen un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer. Nota: no incluir síntomas que son claramente atribuibles a una enfermedad médica.
1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.
 2. Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.
 3. Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).
 8. Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato

subjetivo o por observación de otros).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.

B) Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.

C) El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación) ni a una enfermedad médica general (por ejemplo hipotiroidismo).

2.2. Trastorno depresivo persistente (distimia)

El DSM-5 propone una serie de cambios en este trastorno. Cabe destacar el cambio de nombre, de *distimia* por *trastorno depresivo persistente*. Según el DSM-5, este trastorno se caracteriza por un estado de ánimo depresivo persistente (la mayor parte del día, casi todos los días), aunque de menor gravedad que el trastorno depresivo mayor, que es manifestado por la persona, u observado por los demás, durante al menos dos años. En el caso de los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste, y la duración debe ser de al menos un año.

Además del estado de ánimo deprimido, para establecer el diagnóstico de trastorno depresivo persistente es necesario que la persona presente otros dos (o más) de estos síntomas: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnias, fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o tomar decisiones y desesperanza. Asimismo, se requiere que la persona no haya estado libre de síntomas durante más de dos meses seguidos (véase tabla 5.2).

2.3. Trastorno disfórico premenstrual

Los rasgos esenciales para el diagnóstico de trastorno disfórico premenstrual son inestabilidad emocional, irritabilidad, disforia, y síntomas de ansiedad que ocurren repetidamente durante la fase premenstrual y remiten alrededor del inicio de la menstruación o poco tiempo después. Estos síntomas pueden ir acompañados de síntomas físicos y conductuales. Además, estos síntomas han estado presente en la mayoría de los ciclos menstruales durante al menos un año, y han provocado efectos adversos en el funcionamiento social o laboral de la persona.

TABLA 5.2

Criterios diagnósticos según el DSM-5 para el trastorno depresivo persistente

A) Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años. *Nota:* En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos un año.

B) Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Pérdida o aumento de apetito.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Falta de energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza

- C) Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
- D) Los criterios para un trastorno depresivo mayor pueden estar presentes de forma continua durante dos años.
- E) No ha existido nunca un episodio maníaco o episodio hipomaníaco, y no se cumplen los criterios para un trastorno ciclotímico.
- F) La alteración no se explica mejor por un desorden persistente esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno delirante u otros del espectro de la esquizofrenia, o un trastorno psicótico.
- G) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo una droga o un medicamento) o a enfermedad médica (por ejemplo hipotiroidismo).
- H) Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

2.4. Trastorno Depresivo inducido por sustancias o medicación

Este trastorno, inducido por sustancias o medicación, se caracteriza por síntomas depresivos (asociados con la ingesta, inyección o inhalación de una sustancia, como por ejemplo drogas, medicación psicotrópica u otra medicación) y una marcada disminución del placer o interés en todas o casi todas las actividades. Además, los síntomas depresivos persisten más allá de la duración prevista de los efectos fisiológicos de la sustancia o la intoxicación.

2.5. Trastorno depresivo debido a otra condición médica

Los rasgos esenciales de este trastorno son un período persistente y destacado de ánimo depresivo y una disminución marcada del interés o placer en todas o casi todas las actividades. Estos síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Además, los hallazgos de laboratorio, del examen físico o de la historia de la persona demuestran que el trastorno es consecuencia directa de otra enfermedad médica, y no se debe a un trastorno mental ni ocurre durante el curso de un delirio.

2.6. Otros trastornos depresivos especificados

Serán diagnosticados de este modo aquellos trastornos cuando los síntomas depresivos que manifiesta el individuo no cumplen todos los criterios requeridos para diagnosticar ninguno de los trastornos depresivos previamente descritos, pero causan un malestar clínicamente significativo en el área social, laboral u otra área importante del

funcionamiento de la persona.

Este diagnóstico se realiza en aquellas situaciones en las que el clínico trata de especificar el motivo por el cual no se cumplen los criterios para ningún trastorno depresivo específico.

2.7. Trastorno depresivo no especificado

Será diagnosticado de este modo un trastorno cuando los síntomas depresivos que manifiesta el individuo no cumplen todos los criterios requeridos para diagnosticar ninguno de los trastornos depresivos previamente descritos, pero causan un malestar clínicamente significativo en el área social, laboral u otra área importante del funcionamiento de la persona.

3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

3.1. Sintomatología

La sintomatología de los trastornos depresivos se puede agrupar en cinco categorías distintas:

Síntomas afectivos y emocionales

El síntoma afectivo más característico de la depresión es el descenso en el estado de ánimo o tristeza patológica. Esta tristeza puede manifestarse y describirse de distintas maneras, tales como abatimiento emocional, desesperanza, pesimismo, desamparo o amargura. Otras veces las personas deprimidas hablan de sensación de vacío, insensibilidad, anestesia emocional o incapacidad de tener sentimientos. En niños, adolescentes y ancianos el síntoma principal puede ser la irritabilidad o inestabilidad, y no la tristeza.

Otros síntomas anímicos que pueden acompañar a la depresión son la disforia (malestar por la vida, disgusto o insatisfacción vital), la anhedonia (incapacidad para experimentar placer o para disfrutar de las cosas), la ansiedad, los sentimientos de soledad y aislamiento o de incapacidad, los sentimientos de culpa y de fracaso y los deseos incontrolables de llorar, aunque en las formas crónicas la persona puede manifestar un bloqueo emocional, sintiéndose incapaz de llorar.

Síntomas cognitivos

Un síntoma muy común en los trastornos depresivos es que las personas suelen presentar problemas de atención, concretamente de concentración y memoria, que suelen

interferir en su funcionamiento diario, apareciendo quejas frecuentes de pérdida de memoria y olvidos. Por otro lado, aumenta la atención autofocalizada y centrada en los estímulos negativos: la persona deprimida tiende a realizar una valoración muy negativa de sí misma, de los demás, del mundo y del futuro.

Otras quejas habituales están relacionadas con la lentitud de pensamiento o dificultad para pensar, la confusión de ideas e incluso la inhibición, en los casos más graves. Asimismo, las personas suelen mostrarse continuamente preocupadas, indecisas y con pensamientos obsesivos (rumiaciones).

Síntomas conductuales

Otro síntoma característico que suelen presentar las mayoría de las personas deprimidas es una actividad motora reducida. Asimismo, pueden presentar un retardo o enlentecimiento psicomotor, con una marcha lenta y a pasos pequeños, con un enlentecimiento a la hora de responder, en los gestos (cabeza baja, postura encorvada, escaso contacto ocular, baja intensidad de la voz, etc.) y, en los casos más graves, pueden llegar a una inhibición extrema.

La persona deprimida va dejando de realizar actividades con las que antes disfrutaba y, poco a poco, va dejando de salir y de relacionarse con los demás, pudiendo llegar incluso al abandono de responsabilidades (familiares, laborales, etc), lo que reaccúa aislándoles y deprimiéndoles aún más.

Síntomas motivacionales

Junto con la tristeza, otro de los síntomas principales de la depresión es la apatía, el aburrimiento, la indiferencia y la incapacidad para disfrutar de las cosas o experimentar placer. Todos estos síntomas de desmotivación conllevan, además, una dificultad para realizar tareas habituales, como ir a trabajar o asearse, así como una dificultad en la toma de decisiones cotidianas.

Síntomas somáticos

Al menos la mitad de las personas con depresión suelen presentar diversa sintomatología somática de distinta consideración. Los dolores de cabeza y los musculares son algunos de los síntomas más frecuentes, así como la visión borrosa, la sequedad de boca o las molestias abdominales (diarrea, gases, estreñimiento, vómitos, náuseas, etc.).

Más frecuentes aún, y afectando aproximadamente a un 60% de las personas deprimidas, son los problemas del sueño. Así, aproximadamente entre un 70-90% de estas personas tienen problemas de insomnio inicial, medio o terminal, presentando, sobre todo, despertares frecuentes a lo largo de la noche o un despertar precoz (se despiertan de madrugada y ya no pueden volver a conciliar el sueño) o sensación de

sueño no reparador. En ocasiones, las personas deprimidas pueden experimentar una somnolencia excesiva o hipersomnia.

Otros síntomas físicos comunes son la falta de energía, la pérdida del apetito o la disminución del deseo sexual, manifestando ambos sexos problemas en las fases de excitación y orgasmo.

3.2. Evolución, curso y pronóstico

La mayoría de las personas que han padecido una depresión tienden a recuperarse aproximadamente en 1 año, aunque el curso en un 15% de los casos se hace crónico, siendo esta tendencia superior en las mujeres, en las personas de más edad o en aquellas otras que han tardado mucho en buscar tratamiento.

Se observa una gran variabilidad en el curso del Trastorno Depresivo Mayor recurrente, desde episodios depresivos aislados (sin continuidad entre ellos) hasta episodios depresivos que se suceden de forma continuada. Las recurrencias o recidivas son características entre el 50-60% de los casos, siendo más frecuentes en personas de edad avanzada, en los casos de inicio temprano o en los tres primeros meses tras el episodio depresivo. De hecho, uno de los mejores predictores de recaídas es el número de episodios depresivos experimentados con anterioridad por la persona.

Con respecto al trastorno distímico, el curso suele ser crónico, iniciándose en muchas ocasiones en la infancia, la adolescencia o el principio de la edad adulta, y siendo mucho más frecuente en las personas de edad avanzada. En cuanto a los cifras de recuperación, al cabo del año los datos indican que se recuperan la mitad de los casos, en comparación con las personas con trastorno depresivo mayor.

3.3. Epidemiología

El concepto de epidemiología hace referencia a la frecuencia y distribución de las enfermedades y de los factores que determinan la salud. En este sentido, las estadísticas demuestran que la depresión es uno de los trastornos psicopatológicos más frecuentes. Los estudios indican que aproximadamente el 10% de la población general ha padecido un trastorno depresivo mayor a lo largo de su vida, y un 3% una distimia. Pero, ¿es cierto que afecta a las mujeres más que los hombres? La respuesta es afirmativa: por cada hombre que se deprime hay dos mujeres deprimidas. En concreto, los datos apuntan a que el trastorno depresivo mayor se da el doble en las mujeres (entre el 10 y el 25%) que en los hombres (entre el 5% y el 12%). Lo mismo sucede con el trastorno distímico: la tasa en las mujeres es el doble que en los hombres (4,6% frente al 2,6%). Muy posiblemente el lector se pregunte ahora por las posibles causas de esta mayor prevalencia en las mujeres. En este sentido, los hallazgos de los estudios no son consistentes, hablando de causas genéticas, sociales, culturales y educativas. Así, los

distintos estudios explican que las mujeres se deprimen más debido a diferencias hormonales, a que están más aisladas socialmente, recibiendo por ello menos refuerzos sociales y viviendo menos experiencias gratificantes, a que experimentan un mayor nivel de estrés en sus vidas y a que son más dependientes de otras personas, no desarrollando una adecuada autonomía personal ni social al construir su propia identidad.

Con respecto a la edad, aunque el trastorno depresivo mayor puede aparecer en cualquier momento, los datos señalan un rango de mayor riesgo situado entre los 25 y los 45 años (la edad media de inicio se sitúa alrededor de los 35 años). Parece que los hombres se deprimen más entre los 30 y los 50 años, mientras que las mujeres presentan una mayor prevalencia entre los 18 y los 30 años. A partir de los 45 años, el riesgo de padecer una depresión disminuye tanto en hombres como en mujeres. En relación al trastorno distímico, la edad media de inicio es anterior a la del trastorno depresivo mayor, remontándose en muchos casos a la infancia, la adolescencia o al principio de la edad adulta.

3.4. Diagnóstico diferencial

En ocasiones llegar al diagnóstico de depresión no es un tarea sencilla, pues ésta puede confundirse tanto con otros trastornos psicopatológicos como con los síntomas afectivos que algunas condiciones médicas causan de manera secundaria (véase tabla 5.3 a continuación).

TABLA 5.3
Diagnóstico diferencial de los trastornos depresivos

Condiciones médicas que pueden causar síntomas depresivos (Vázquez, 1990)	Síndromes clínicos que pueden confundirse con el diagnóstico de depresión mayor (Vázquez y Sanz, 1995)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Efectos de sustancias: plomo, mercurio, antihipertensivos, betabloqueantes, hormonas (estrógenos, progesterona), alcohol, antiparkinsonianos, corticosteroide, antineoplásicos, antituberculínicos. 2. Condiciones neurológicas: epilepsia, Parkinson, demencias degenerativas, hidrocefalia normotensa, enfermedad de Huntington, procesos expansivos. 3. Condiciones metabólicas y endocrinas: porfiria, hipo-hipertiroidismo, enfermedades de Cushing y de Addison, déficit de vitamina B12. 4. Enfermedades incapacitantes: todas. 5. Infecciones: gripe, neumonías virales, mononucleosis, hepatitis vírica, abscesos hepáticos, sífilis. 6. Enfermedades autoinmunes: lupus sistémico, reumas. 7. Cánceres: páncreas, gastrointestinal, renal, hipófisis. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastornos de ansiedad (fobias, pánico, agorafobias, obsesiones). 2. Reacciones normales de duelo. 3. Trastorno de ajuste con estado de ánimo deprimido. 4. Trastornos del sueño (insomnios, narcolepsia, apneas nocturnas, etc.). 5. Trastornos esquizofrénicos (en especial esquizoafectivos de tipo depresivo). 6. Anorexia nerviosa, bulimia. 7. Quejas somáticas vagas. 8. Demencia y pseudodemencia. 9. Trastornos sexuales.

8. Otras: anemia, colitis ulcerosa.

4. TEORÍAS EXPLICATIVAS

Son diversas las teorías que se han propuesto para explicar la depresión, tanto desde modelos biológicos como psicológicos. Desde los modelos biológicos cabe destacar las teorías genéticas de la depresión y las teorías que relacionan la depresión con alteraciones en la producción o funcionamiento de determinados neurotransmisores cerebrales. Y desde los modelos psicológicos, en este trabajo nos centraremos, principalmente, en aquellas teorías que sustentan los modelos conductuales y cognitivos, por ser las que cuentan con mayor fundamentación experimental y empírica.

4.1. Modelos biológicos

4.1.1. *Teorías genéticas*

Los hallazgos de diversos estudios, llevados a cabo con gemelos idénticos o monocigóticos y heterocigóticos, parecen confirmar la existencia de una cierta heredabilidad de los trastornos depresivos. Así, por ejemplo, se observa una tasa de concordancia para el trastorno depresivo grave de 0,59 para los gemelos idénticos y del 0,30 para los no idénticos. Asimismo, los resultados de un metaanálisis sobre diversos estudios genéticos de la depresión concluyen que la tasa de heredabilidad de la depresión mayor a lo largo del ciclo vital es del 37%.

4.1.2. *Teorías bioquímicas*

Dentro de las teorías bioquímicas de la depresión podemos destacar la hipótesis catecolaminérgica y la hipótesis serotoninérgica. La primera de ellas apunta a que la depresión se explicaría por los bajos niveles de dopamina y noradrenalina, o bien por un déficit en la actividad de estos neurotransmisores catecolaminérgicos. Por otro lado, la hipótesis serotoninérgica plantea que los bajos niveles de serotonina aumentan la vulnerabilidad de la persona a padecer una depresión, siendo necesaria la actuación de otros neurotransmisores (como la noradrenalina) para que realmente llegue a deprimirse.

4.2. Modelos psicológicos

4.2.1. *Perspectiva conductual*

Desde los modelos conductuales, las teorías clásicas explicaban la ausencia de actividad en la persona deprimida por la pérdida, retirada o disminución de reforzadores o consecuencias positivas que podía obtener de su medio social, cuyo origen está tanto en los cambios o sucesos acaecidos en la vida del sujeto (problemas económicos, problemas de salud, enviudamiento, etc.), como en el modo «evitativo» de responder una vez deprimido. Así, por tanto, la disminución o ausencia de reforzadores conduce a la persona hacia la desmotivación o pérdida de interés y, como consecuencia, hacia la reducción progresiva de su actividad y comportamiento: se aísla, deja de realizar las tareas cotidianas y de relacionarse con los demás, y rumia constantemente sobre los acontecimientos.

4.2.2. Teorías cognitivas

Nos centraremos en una de las teorías psicológicas más populares de la depresión: la *teoría cognitiva de la depresión de Beck*. Esta teoría se sustenta en tres premisas fundamentales:

1. La tríada cognitiva negativa: referida a patrones de pensamientos voluntarios y automáticos de la persona, que incluyen una visión negativa del propio sujeto, una visión negativa del entorno o del mundo, el cual ya no le resulta interesante y le genera una profunda desmotivación, y una visión negativa y desesperanzada del futuro.
2. Esquemas cognitivos inadecuados: son patrones cognitivos que la persona ha ido adquiriendo desde la infancia, y que le llevan a interpretar la realidad de manera sesgada y negativa, a la vez que minimiza su capacidad para hacer frente a los sucesos estresantes cotidianos.
3. Errores cognitivos: se trata de errores en el procesamiento de la información que hacen que la persona con depresión tienda a percibir e interpretar la realidad de manera muy negativa. Algunos de estos errores son la inferencia arbitraria, la abstracción selectiva, la generalización excesiva, el pensamiento dicotómico, la personalización o la maximización y minimización.

Estos fallos en el procesamiento de la información es lo que conduce a la persona a la depresión: inicialmente, el acontecimiento depresógeno altera su estado de ánimo, y posteriormente la amplificación de dicho acontecimiento, así como de sus síntomas, lo transforman en un estado depresivo.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN Y DEBATE

1. ¿Qué síntomas presenta Isabel a nivel cognitivo, fisiológico, emocional y motor?

2. ¿Cuáles son las consecuencias a corto, a medio y largo plazo de las conductas evitativas de Isabel?
3. ¿Cuál sería el diagnóstico de Isabel según los criterios diagnósticos del DSM-5?