



Psicopatología I

Licenciatura en Psicología
Sexto Cuatrimestre

Mayo – Agosto

Marco Estratégico de Referencia

Antecedentes históricos

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1978 con el inicio de actividades de la normal de educadoras “Edgar Robledo Santiago”, que en su momento marcó un nuevo rumbo para la educación de Comitán y del estado de Chiapas. Nuestra escuela fue fundada por el Profesor Manuel Albores Salazar con la idea de traer educación a Comitán, ya que esto representaba una forma de apoyar a muchas familias de la región para que siguieran estudiando.

En el año 1984 inicia actividades el CBTiS Moctezuma Ilhuicamina, que fue el primer bachillerato tecnológico particular del estado de Chiapas, manteniendo con esto la visión en grande de traer educación a nuestro municipio, esta institución fue creada para que la gente que trabajaba por la mañana tuviera la opción de estudiar por las tardes.

La Maestra Martha Ruth Alcázar Mellanes es la madre de los tres integrantes de la familia Albores Alcázar que se fueron integrando poco a poco a la escuela formada por su padre, el Profesor Manuel Albores Salazar; Víctor Manuel Albores Alcázar en julio de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró en la docencia en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de cobranza en 1999.

En el año 2002, Víctor Manuel Albores Alcázar formó el Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. para darle un nuevo rumbo y sentido empresarial al negocio familiar y en el año 2004 funda la Universidad Del Sureste.

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta educativa, por lo que se veía urgente la creación de una institución de educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de

los jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

Nuestra universidad inició sus actividades el 19 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a las instalaciones de carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y educativos de los diferentes campus, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca.

Misión

Satisfacer la necesidad de educación que promueva el espíritu emprendedor, basados en Altos Estándares de calidad Académica, que propicie el desarrollo de estudiantes, profesores, colaboradores y la sociedad.

Visión

Ser la mejor Universidad en cada región de influencia, generando crecimiento sostenible y ofertas académicas innovadoras con pertinencia para la sociedad.

Valores

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad



Escudo

El escudo del Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

Eslogan

“Pasión por Educar”

Balam



Es nuestra mascota, su nombre proviene de la lengua maya cuyo significado es jaguar. Su piel es negra y se distingue por ser líder, trabaja en equipo y obtiene lo que desea. El ímpetu, extremo valor y fortaleza son los rasgos que distinguen a los integrantes de la comunidad UDS.

Psicopatología I.

Objetivo de la materia:

Obtener los conocimientos básicos de la psicopatología, así como estructurar una base sólida que permitirá al alumno profundizar en el concepto de anormalidad psicológica y conocer los sistemas más utilizados de clasificación de los trastornos mentales.

Bibliografía:

<https://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=84704>

<https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-disociativos/fuga-disociativa>

PSICOPATOLOGIA I

UNIDAD I: CONCEPTOS BASICOS DE PSICOPATOLOGIA

Los trastornos mentales, como cualquier cosa fuera de lo normal, hacen sentir incómodas, e incluso un poco atemorizadas, a las personas. Cualquier persona que padece un trastorno mental no debe ser vista como malvada, sino simplemente como alguien diferente. La psicología anormal es el área de la psicología que se enfoca en la conducta desadaptada junto con sus causas, consecuencias y tratamiento. Esta disciplina está relacionada con la forma en que se siente ser diferente y el comportamiento de la sociedad hacia las personas que considera diferentes, además de los significados ligados a ello. El espectro de disparidades es tan amplio que abarca desde los engaños que desafían la realidad hasta la debilitación severa frente a las preocupaciones y las excentricidades que sería mejor no tener pero que tampoco interfieren significativamente en la vida diaria. Este espectro incluye problemas relacionados con las capacidades para:

- 1) pensar de forma lógica y racional.
- 2) enfrentar de manera efectiva el estrés y los desafíos que se presentan en diferentes situaciones y a lo largo de la vida.
- 3) demostrar estabilidad emocional y crecimiento. Cuando la salud mental se deteriora, pueden surgir problemas en diferentes áreas, entre ellos, los siguientes:
 - Baja autoestima (“No soy bueno”)
 - Distorsión de la realidad (“Todos están en mi contra”)
 - Menor competencia (por ejemplo, social y laboral)
 - Ansiedad (“Me siento tenso todo el tiempo”)
 - Depresión (“La vida no vale la pena”)
 - Ira (“Me enfurezco veinte veces al día”)
 - Reactividad fisiológica intensificada (por ejemplo, taquicardia e hipertensión)

La mayoría de las personas que tienen problemas de salud mental hacen mención de la ansiedad que experimentan. Existe una amplia variedad de fuentes de estrés y de la forma en que se

expresan. Algunas veces la angustia es provocada por una situación de vida fácilmente identificable (por ejemplo, la pérdida de un empleo), mientras que en otros casos la fuente parece estar más dentro de la persona misma en lugar de provenir del ambiente que lo rodea.

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

1.1 Concepto de psicopatología

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

Activadores de los problemas de salud mental

Resulta sencillo identificar la causa de algunos problemas de salud mental, pero en el caso de muchos de ellos el origen de las dificultades no es evidente (por lo menos al principio) y en algunas ocasiones no puede determinarse.

El estigma de la conducta anormal

Las creencias y supuestos sobre las enfermedades mentales afectan la manera en que las personas responden a alguien que muestra conductas anormales. Quienes se comportan de manera inusual o que han sido diagnosticados con alguna enfermedad mental pueden ser rechazados por otros, ya sea de manera directa o indirecta. Existen muchas creencias falsas sobre las causas y consecuencias de las enfermedades mentales.

Conducta adaptada e inadaptada

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

1.2 Historia de la psicopatología

Un tema recurrente en la historia de la conducta anormal es la creencia de que los individuos se comportan en forma extraña porque su cuerpo no funciona de manera correcta. Se cree que estas personas tienen un defecto orgánico. La fuente del presente defecto varía de acuerdo con la naturaleza de la anomalía, las creencias culturales de la sociedad y, sobre todo en la época moderna, del conocimiento científico. Uno de los logros de la era moderna es la sólida evidencia de que, no sólo pueden relacionarse los procesos orgánicos con muchos tipos de conducta desadaptada, sino que también, para ciertos tipos de trastornos, la corrección de procesos biológicos defectuosos puede dar como resultado un mejor funcionamiento biológico. A diferencia de lo que sucedía en el pasado donde un componente orgánico de conducta desadaptada era con mucha frecuencia una cuestión de fe, hoy en día la evidencia científica es decisiva.

El mundo occidental antiguo:

Los filósofos griegos sintieron cada vez más curiosidad por los aspectos del individuo que podían explicar tanto la conducta normal como la anormal. Las desviaciones y los trastornos mentales extremos se llegaron a considerar como fenómenos naturales para los cuales se podían desarrollar tratamientos razonables. Los antiguos egipcios, al igual que los mesopotámicos y hebreos, creían que el lugar donde estaba la mente era el corazón. Cuando se embalsamaba a los faraones, el corazón se veneraba, pero el cerebro se sacaba

y desechaba. Sin embargo, para los griegos el cerebro era el lugar donde estaba la mente. (Shakespeare se refirió a la larga controversia corazón-mente en el tercer acto de *El Mercader de Venecia* al escribir: “Díganme dónde se crea la imaginación: en el corazón o en la cabeza.”) A pesar de la falta de conocimientos anatómicos, el médico griego Hipócrates (460-377 a. C.) tomaba en cuenta el cerebro en su esfuerzo por explicar por qué la gente se comportaba como lo hacía. Describió el cerebro como el intérprete de la conciencia y el órgano más importante del cuerpo.

Otros tres filósofos griegos —Sócrates (470-399 a.C.), Platón (427-347 a. C.) y Aristóteles (384-322 a. C.)— también merecen mención por sus contribuciones a la psicología anormal. Sócrates se interesó por la autoexploración y consideró el razonamiento como la piedra angular de la buena vida y la felicidad personal. Creyó en el uso de la investigación para aumentar el conocimiento; su objetivo era enseñar haciendo preguntas en lugar de dar respuestas. En la actualidad, este procedimiento, que se conoce como método socrático, es un instrumento de enseñanza muy valioso, así como un componente del método científico. El alumno más famoso de Sócrates, Platón, desarrolló el punto de vista orgánico. Consideró la conducta como un producto de la totalidad de los procesos psicológicos. Como muchos autores modernos, Platón creía que la conducta desequilibrada surgía de los conflictos entre la emoción y la razón. En contraste con quienes consideraban que la conducta anormal tiene una causa física, hizo hincapié en el poder de las ideas, y llegó a decir que la mente es la única realidad de la existencia humana. De acuerdo con Platón, el individuo ideal se guía sobre todo por la razón.

La Edad Media

Una serie de cambios acompañó la caída de la antigua cultura griega y el surgimiento y la caída del Imperio Romano. Quizás las dos causas más obvias de estos cambios fueron las invasiones a Europa occidental por parte de las tribus bárbaras y la extensión de la religión cristiana. Los invasores, cuyas ideas eran primitivas en comparación con las de los griegos y romanos, provocaron gran inquietud social, en tanto que la religión cristiana sirvió para

confortar a la gente en una época problemática. La Iglesia católica actuó como fuerza unificadora cuando por fin cayó el gobierno civil de Roma. Un personaje de los principios de la era cristiana, el teólogo y filósofo san Agustín (años 354-430), sobresale por su ayuda para sentar las bases de las teorías psicodinámicas modernas de la conducta anormal. A medida que aumentó el control y la influencia de la Iglesia, también se incrementó su participación en los asuntos del gobierno y fue el dogma religioso, y no la ley civil, lo que se convirtió en la autoridad suprema. La Iglesia romana llegó a controlar la práctica de la medicina.

I. La demonología y la superstición adquirieron una importancia renovada en la explicación de la conducta anormal. Aunque muchas personas continuaron con un punto de vista benigno y naturalista de las enfermedades mentales, a finales de la Edad Media se incrementó el anti intelectualismo y la creencia en la magia y la brujería. Muchas personas creían fuertemente en el exorcismo, la extracción del diablo del cuerpo de una persona afectada de los malos espíritus (ver la figura 1-7). Los disturbios de la Edad Media se intensificaron por la constante presencia de la guerra, así como por la peste negra y otras epidemias que surgieron sin previo aviso y que mataron a cientos de miles de personas. Durante este periodo, el miedo y el terror se diseminaron como la pólvora y provocaron el surgimiento de histeria grupal. La naturaleza de estos surgimientos fue distinta. Algunos grupos de personas se comportaban como jaurías de lobos; otras bailaban en las calles moviéndose como arañas.

El Renacimiento

Aunque las ideas como la demonología y el exorcismo persistieron durante el Renacimiento (que abarcó del siglo XIV al siglo XVI), en este periodo se incrementó el humanismo, la curiosidad por la naturaleza y el interés por el saber. Weyer tuvo el valor de insistir en que las brujas eran personas mentalmente perturbadas y no criaturas de Satanás. Defendió con firmeza la necesidad de tratar a esas personas mediante la medicina

y no por medio de la teología. Su humanismo destacado sin duda salvó a muchos enfermos mentales de morir en la hoguera.

La Edad de la Razón y la Ilustración:

En Inglaterra, el movimiento hacia el trato humano tomó fuerza como resultado del ataque psicótico que sufrió el rey Jorge III en 1765. Este evento precipitó una crisis constitucional e hizo que muchas personas tomaran conciencia de que ni siquiera los individuos sobresalientes eran inmunes al trastorno mental. Los manicomios existían en Inglaterra desde hacía varios años, pero a principios de 1774 Gran Bretaña aprobó la primera ley que autorizaba esas instituciones y reguló la admisión de pacientes en ellas. A fines del siglo XVII y principios del XIX, surgió interés por la fisiognomía, el arte de juzgar el carácter, la personalidad y los sentimientos a partir de la forma del cuerpo, sobre todo del rostro. Durante los primeros años del siglo XIX, surgió otro nuevo planteamiento con respecto de la psicología anormal. Franz Joseph Gall (1758-1828), médico que estudió el cerebro de diferentes tipos de personas (jóvenes, ancianos y trastornados), recopiló evidencias que sugerían que el tamaño del cerebro y el desarrollo mental estaban relacionados. Con base en estas evidencias, formuló la teoría de la frenología de acuerdo con la cual las distintas “facultades” psicológicas se localizaban en áreas específicas del cerebro. Gall creía que las protuberancias y hendiduras en la superficie del cráneo eran reflejos precisos de las partes subyacentes del cerebro.

El movimiento de la Reforma en América

El siglo XVIII no fue una buena época para los enfermos mentales en las inexpertas colonias británicas; con frecuencia, morían lentamente en la cárcel. En los primeros años de la Colonia, por lo general se ignoraba a los enfermos mentales hasta que requerían de alguna acción porque se consideraban una molestia o una amenaza para la comunidad. De esta forma, los enfermos mentales fueron identificados con criminales y mendigos. En algunas comunidades, un grupo de estas personas se transportaba en una diligencia a mitad de la noche y se deshacía de ella en la plaza principal de alguna localidad distante. El

Philadelphia Almshouse, construido en 1732, ilustra el tipo de institución pública en la que se internaba a los enfermos mentales.

1.3 Concepto de enfermedad mental

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

Durante la primera mitad del siglo XIX, atrajo mucho más la atención el importante papel del pensamiento irracional en la conducta normal y anormal. Esta transformación tuvo lugar como una reacción contra el punto de vista de los filósofos y científicos que dieron poca importancia al papel de las emociones, las motivaciones y los conflictos internos en la conducta del hombre. Muchos trabajadores clínicos e investigadores empezaron a considerar los conflictos internos como la causa principal de infelicidad personal y de fracaso para adaptarse en el aspecto social. Este enfoque hacia las emociones y los sentimientos irracionales estableció las bases de los escritos de Sigmund Freud de principios del siglo XX acerca de los procesos mentales y su relación con la conducta perturbada.

Enfoque orgánico

Durante el siglo XIX, influidos por el progreso en fisiología y anatomía, muchos escritores interesados en la psicología anormal argumentaron que la mayor parte de los trastornos mentales eran provocados por la influencia directa o indirecta de las alteraciones en el funcionamiento cerebral. “Las enfermedades mentales son enfermedades cerebrales” fue una frase que se convirtió en algo muy común. Detrás de esta perspectiva se encontraba el supuesto de que el material (las neuronas) provoca, casi siempre, la manifestación mental (infelicidad personal).

Convergencia de los enfoques

Un enfoque interaccional o biopsicosocial es el que actualmente dirige el trabajo de la mayor parte de los investigadores y médicos. Desde esta perspectiva, es necesario considerar las instancias de conducta desadaptada en términos de la operación de variables psicológicas, biológicas y sociales. Se supone que la relativa importancia o papel de estos factores en causalidad varíe según el problema de que se trate. Por ejemplo, la esquizofrenia parece estar fuertemente relacionada a los factores genéticos. Sin embargo, esto no significa que los factores genéticos por sí solos determinen la naturaleza de la enfermedad y que los factores psicológicos y sociales carezcan de importancia. Existen razones válidas para creer que los tres factores influyen de manera importante en la expresión y el resultado de muchas enfermedades. Los papeles relativos de los factores biológicos, psicológicos y sociales no varían únicamente entre individuos, sino también a lo largo de las diferentes etapas de la vida. Por ejemplo, la incidencia de algunos tipos de depresión aumenta con la edad. En algunas personas, la depresión surge principalmente como resultado de su exposición a una vida llena de tensiones mientras que para otros la principal causa de depresión es la predisposición genética.

1.4 El modelo biológico

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

Factores genéticos

Los genes, los elementos de la herencia humana, se transmiten de padres a hijos en forma de ácido desoxirribonucleico. El DNA se encuentra en los cromosomas, que se presentan por pares en todas las células del cuerpo. Investigaciones recientes han identificado

muchos genes que contribuyen a generar una variedad de trastornos. La genética de la conducta hace hincapié en la interacción de la herencia y el ambiente. La investigación sobre genética de la conducta se realiza ya sea por medio del estudio de los antecedentes familiares o mediante el estudio de gemelos. Si un gen en particular está presente, penetración se refiere al grado en el que se manifiesta. Heredabilidad se refiere al grado en el que una característica en particular es afectada por las influencias genéticas.

Sistema nervioso y el cerebro

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

Los endocrinos

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

La revolución de las neurociencias

La neurociencia es un nuevo campo interdisciplinario que trata de explicar la relación entre pensamiento, sentimiento y conducta y estructura y función del cerebro. El uso de nuevas técnicas para estudiar los sucesos a nivel molecular en la sinapsis, así como las técnicas de rastreo que hacen posible el estudio del cerebro vivo contribuye a entender las relaciones entre el cerebro y la conducta. La diversidad de técnicas de imagen del cerebro permite estudiar la anatomía y función del cerebro en individuos vivos. La neurofarmacología se ocupa del desarrollo de nuevos medicamentos para combatir los trastornos que involucran problemas en la química del cerebro y la transmisión neural. La

psiconeuroinmunología es un área de investigación que se centra en los efectos de los eventos psicológicos y neurales sobre los procesos inmunológicos.

Integración de los sistemas biológicos y psicológicos

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

1.5 El modelo psicodinámico

La perspectiva psicodinámica ha buscado en la mente los elementos más importantes, las causas, de qué tan bien o mal funcionan las personas. Sin embargo, existe un creciente reconocimiento por parte de los teóricos psicodinámicos de la conveniencia de conceptualizar lo biológico y lo mental como una mutua influencia en la vida humana (Pally, 1997).

La perspectiva psicodinámica se basa en la idea de que los pensamientos y las emociones son causas importantes de la conducta. Los enfoques psicodinámicos de la conducta suponen que, en distintos grados, la conducta que se observa (las respuestas manifiestas) es una función de procesos intrapsíquicos (sucesos encubiertos). No todos los teóricos psicodinámicos hacen hincapié en los mismos eventos internos ni las mismas fuentes de estimulación ambiental, pero están de acuerdo en que la personalidad se forma a través de una combinación de sucesos internos y externos, pero le dan mayor importancia a los primeros. Sigmund Freud, el creador de la perspectiva psicodinámica, creía que finalmente todas las conductas se podían explicar mediante los cambios corporales; sin embargo, ya que en su época se sabía muy poco sobre las relaciones entre el cuerpo y la personalidad, dio poca importancia a los factores biológicos. No obstante, impresionado por la teoría de

Charles Darwin sobre la importancia de las emociones, dirigió su atención a la influencia que éstas ejercen en el pensamiento. Freud creía que para entender la conducta era necesario analizar los pensamientos que la preceden y que se asocian con ésta y, para comprender esos pensamientos, se deben explorar las emociones y sentimientos más profundos de una persona.

Freud y el psicoanálisis

Freud desarrolló el psicoanálisis, método mediante el cual el paciente recupera los recuerdos olvidados sin el uso de la hipnosis. Los dos supuestos básicos de las teorías de Freud sobre la personalidad son el determinismo psíquico y la dimensión consciente-inconsciente. Esta última incluye tres niveles de conciencia: el consciente, el preconscious y el inconsciente. La teoría de Freud otorga gran importancia a los primeros cinco años de vida. Creía que durante este periodo, la libido, o los impulsos humanos básicos, se centran en una serie de zonas erógenas o fuentes de placer específicas. Su teoría dividió el mundo mental en tres estructuras: el ello, el yo y el superyó. Freud también dio mucha importancia al concepto de la ansiedad y al uso de los mecanismos de defensa para controlar la ansiedad. Creía que el más importante de los mecanismos de defensa era la represión.

Enfoques recientes del psicoanálisis

Muchos teóricos modernos han modificado la teoría psicoanalítica. Jung destacó que, además del efecto de los primeros eventos en la vida de una persona, la herencia de un inconsciente colectivo es una importante influencia sobre la conducta. Erikson desarrolló una teoría en la cual describe una serie de etapas psicosociales del desarrollo durante todo el ciclo de vida y más adelante desarrolló el enfoque de la psicología del yo. Psicoanalistas como Klein desarrollaron la teoría de las relaciones objétales. Kohut elaboró una teoría de la psicología del yo.

Evaluación de la teoría psicoanalítica

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

1.6 El modelo humanístico

Perspectiva humanista-existencial

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

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

El punto de vista humanista

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

Carl Rogers (1902-1987) relacionó la capacidad de la persona para lograr el entendimiento de sí mismo y la autorrealización con respecto a su autoestima y la percepción que tiene de la aceptación por parte de los demás. Rogers y Freud desarrollaron sus posiciones teóricas con base en datos de observación similares: la conducta de los pacientes y de los terapeutas en la psicoterapia. Sin embargo, Rogers rechazó la noción psicoanalítica de que las personas son irracionales y antisociales por naturaleza. Por el contrario, afirmó que cada persona es básicamente racional, social y constructiva.

Para Rogers, la psicoterapia es una situación en la cual buscan ayuda las personas ansiosas o con problemas, que tienen poco respeto por sí mismas y una percepción distorsionada de ellos y del mundo. Afirma que las personas sanas son aquellas que se alejan de los papeles creados por las expectativas de los demás, es decir, que no pretenden ser lo que no son. En vez de ello, aprenden a confiar en sí mismas y rechazan los falsos yo que los demás han creado para ellas. Por otra parte, las personas neuróticas y psicóticas tienen un concepto de sí mismas que no concuerda con sus experiencias. Temen aceptar sus propias experiencias como válidas, de manera que las distorsionan, ya sea para protegerse o para obtener la aprobación por parte de los demás. Un terapeuta puede ayudar a que abandonen estos falsos yo. La labor de los terapeutas Rogerianos no es proporcionar interpretaciones ni dar consejos: el terapeuta debe aceptar que los pacientes tienen el derecho al valor y la dignidad a pesar de sus problemas. Esta aceptación significa que el terapeuta debe comprender los sentimientos del paciente, sin importar lo positivo o negativo que sean o la forma en que se contrapongan a las propias actitudes del terapeuta.

Rogers creía que “no existe el conocimiento científico; sólo existen percepciones individuales de lo que parece ser ese conocimiento para cada quien” (1959). Esta afirmación expresa el punto de vista humanista-existencialista de que la experiencia interna y una búsqueda del significado de la vida deben ser el centro de atención de la psicología.

El punto de vista existencial

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

La perspectiva existencial se tornó popular en Europa después de la Segunda Guerra Mundial, cuando los psicólogos y filósofos trataron de entender cómo pudieron ocurrir los horrores de la guerra, y cuán seguras estaban las personas de sobreponerse y encontrar el significado de la vida. Mientras que las teorías humanistas se enfocan en los procesos de autorrealización, los teóricos existencialistas hacen hincapié en la autodeterminación, elección y la responsabilidad del individuo para sobreponerse a las fuerzas ambientales. “Nosotros somos el resultado de nuestras propias elecciones”, identifica a los existencialistas. “Nuestra existencia y su significado están en nuestras manos y sólo nosotros podemos decidir cuáles serán nuestras actitudes y conductas.”

La pregunta del significado de la vida es muy relevante desde el punto de vista del existencialismo. El libro *Man's Search for Meaning*, escrito en 1959 por Viktor Frankl (1905-1997), describe sus experiencias como prisionero de un campo de concentración alemán durante la Segunda Guerra Mundial y cómo esas experiencias estimularon su enfoque existencial de la psicoterapia. En su libro, Frankl argumenta que la conducta es guiada por los significados, valores y propósitos que caracterizan la vida de una persona. Él creía que la vida, a fin de cuentas, significa asumir responsabilidades para encontrar las respuestas correctas a sus problemas y completar las actividades que constantemente se establecen para cada individuo. Frankl utilizó el término logoterapia (del término griego *logos*, que quiere decir “significado”) para describir su enfoque humanístico-existencial del tratamiento.

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

como estudios de evidencia de soporte al mostrar un enlace entre ver el significado de su propia vida (por ejemplo, por medio de creencias religiosas) y la buena salud (Koenig & Cohen, 2002).

Perspectiva cultural-comunitaria

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

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

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

El enfoque comunitario intenta reducir la conducta desadaptada con medidas preventivas, al intervenir en la vida de las personas antes de que ocurran las catástrofes.

Los psicólogos comunitarios estudian el ambiente social y los factores que se relacionan con éste, tal como el nivel socioeconómico. Cuando se trazan en un mapa los lugares donde viven las personas con incapacidades sociales y psicológicas, se puede demostrar que la frecuencia de esos problemas es mucho más elevada en ciertas áreas que en otras. Las teorías de la causación social argumentan que las escuelas pobres, el crimen, la vivienda inadecuada y el prejuicio que con frecuencia se encuentra entre los vecinos con bajos ingresos pueden aumentar el estrés que experimentan las personas que ya son vulnerables. La teoría de la selección social, por otra parte, afirma que los grupos con nivel socioeconómico más bajo muestran mayor incidencia de conductas inadaptadas, porque las personas que no funcionan bien tienden a experimentar un movimiento descendente en la sociedad.

Roles sociales y etiquetamiento

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

Los roles sociales son funciones particulares que una persona tiene como miembro de un grupo social. Algunos teóricos sostienen que siempre tratamos de proyectar una imagen y que, en realidad, no tenemos un verdadero yo. Irving Goffman (1959) se adhiere a esta posición y argumenta que en todos nuestros encuentros con otras personas adoptamos roles particulares. Cada rol está acompañado por un guión que incluye distintas acciones y señales. En efecto, variamos nuestras conductas de manera continua conforme lo requiere la situación. Este punto de vista implica que no existe una personalidad fija.

Menos extrema y más aceptada que ésta es la posición compuesta: existe una personalidad básica encubierta por la representación de roles en distintas situaciones. Las

investigaciones demuestran que varios factores ejercen influencia sobre los roles que las personas representan en las relaciones sociales. Con frecuencia, estos factores son importantes porque sirven para etiquetar a un individuo en forma particular. El etiquetamiento ocurre siempre que las personas son categorizadas con alguna base, ya sea, o no, que esta base sea relevante o justa. Las etiquetas pueden ser destructivas porque atraen la atención hacia un aspecto de la persona, mientras ignoran otros que la hacen única. (¿Le gustaría que lo etiquetaran de desordenado sólo porque no le gusta guardar sus zapatos por la noche?) Algunas etiquetas como “buen estudiante” o “amigo fiel” son deseables, pero muchas otras pueden tener connotaciones sociales negativas. Por ejemplo, el rol del paciente mental se considera socialmente inaceptable y la etiqueta de “enfermo mental” con frecuencia causa un daño permanente. El daño adquiere muchas formas, que incluyen la discriminación por parte de los demás y sentimientos de inseguridad e inadecuación. Las etiquetas negativas conducen a la estigmatización y vergüenza. Todos sabemos por qué está mal discriminar a las personas por su raza, religión, cultura o apariencia. Las personas con enfermedades mentales están menos conscientes de que son discriminadas. A pesar de que tal discriminación no siempre es obvia, existe y lastima. Cuando las personas se sienten estigmatizadas se vuelven renuentes a buscar ayuda porque no quieren ser etiquetados como “enfermos mentales” o “locos”.

Contribuciones de la perspectiva comunitaria

Lo que sabemos en la actualidad sugiere que los factores culturales, sociales y económicos juegan papeles importantes en las expresiones emocionales y la conducta desadaptada. Por ejemplo, los niveles de aflicción y depresión de los niños se incrementan en gran medida cuando viven en un ambiente en el cual los adultos expresan altos niveles de enojo y se comportan de manera agresiva. Existe alguna evidencia de que esta respuesta a las discordias familiares es más marcada en los niños que en las niñas (Cummings & Davis, 1994).

La perspectiva comunitaria ha tenido influencia en la producción de nuevos enfoques para entender la conducta desadaptada y, en el alcance de segmentos de la población cuyas

necesidades psicológicas se han ignorado hasta ahora. Ha sido eficaz tanto para cambiar la perspectiva del pensamiento académico como para alterar la política social. Por su importancia, ha dado lugar a preguntas para futuras investigaciones, cuyas respuestas van a contribuir a nuestra comprensión tanto de las causas sociales de la conducta desadaptada como de las formas en que el ambiente social puede mejorar la vida de niños y adultos. Entre estas preguntas encontramos: ¿El estrés influye en la vida personal y en la comunidad, como una posibilidad de que ocurra la conducta desadaptada? ¿La comunidad puede ofrecer un apoyo social que prevenga la conducta desadaptada o limite sus efectos indeseables? ¿Cómo pueden las comunidades cubrir mejor las necesidades de los grupos especiales como los de personas con enfermedades mentales crónicas y de quienes no tienen hogar?

Un enfoque interaccional

Todas las perspectivas han contribuido para identificar las vulnerabilidades personales y factores de resiliencia que se correlacionan con la conducta desadaptada, su prevención y tratamiento. En un enfoque interaccional una cuestión importante es cómo estos factores se combinan con experiencias de vida estresantes para producir diversos tipos de conducta desadaptada.

1.7 El modelo conductual

Denme una docena de infantes sanos y bien formados y mi mundo específico para criarlos y les garantizo que tomaré uno al azar y lo capacitaré para convertirlo en cualquier tipo de especialista que elija, ya sea médico, abogado, artista, jefe de mercadotecnia, y sí, incluso mendigo y ladrón, sin importar sus talentos, inclinaciones, tendencias, habilidades, vocaciones ni la raza de sus antepasados. (Watson, 1925, p. 82)

Para John B. Watson (1878-1958), un psicólogo estadounidense que fundó el conductismo, el desarrollo era un asunto mecánico. Toda la personalidad, con la cual Watson quiere decir todo el sistema de conducta manifiesta, se formaba a partir del proceso de condicionamiento. A pesar de que muchos teóricos del aprendizaje

contemporáneos no confían tanto como Watson en la sencillez de los procesos de la adquisición de la conducta y el cambio de ésta, el enfoque conductista sigue ejerciendo una influencia muy poderosa. Al igual que la insatisfacción con una orientación biológica estrecha fue un factor para el desarrollo de la perspectiva psicodinámica, la perspectiva conductista se desarrolló en parte porque los psicólogos consideraron que muchas de las ideas de Freud sobre la mente eran vagas, complicadas e inestables. Estos teóricos creían que las mismas conductas que Freud analizó se podían explicar de modo más sencillo en una forma que hiciera posible su estudio experimental. El conductismo afirma que los seres humanos se comportan de acuerdo con lo que dicta su ambiente.

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

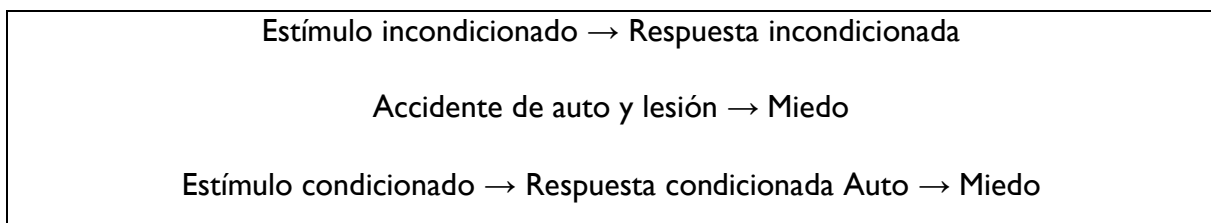
Mientras que los primeros enfoques conductistas utilizaron relativamente pocos elementos (como los principios del condicionamiento y refuerzo en el aprendizaje), en la actualidad esta perspectiva abarca procesos tan complejos como las interrelaciones entre los procesos de aprendizaje y cognitivos. Comenzaremos nuestro estudio de las perspectivas conductistas con dos de sus más importantes y estudiados pilares, el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante.

Condicionamiento clásico

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

Los estudiosos de la conducta desadaptada se han sentido intrigados por el proceso del condicionamiento clásico porque parece explicar el miedo, la ansiedad y otros tipos de

reacciones emocionales. Algunas de estas reacciones se pueden presentar debido al condicionamiento clásico accidental. Un niño a quien mordió un perro quizá sienta temor a todos los perros y, por generalización, a todas las clases de animales. El condicionamiento clásico es también la base de algunas terapias. Un ejemplo es la desensibilización sistemática, un procedimiento terapéutico cuyo objetivo es extinguir una respuesta condicionada. Este procedimiento, por ejemplo, se puede utilizar para ayudar a una mujer que ha sentido temor por los autos desde que resultó herida en un accidente automovilístico grave. Primero sólo se sentía incómoda en un auto, pero después le atemorizaban tanto que ni siquiera podía ver una fotografía. Un diagrama de la situación del condicionamiento clásico se vería así:



En el condicionamiento operante

También se conoce como condicionamiento instrumental, el organismo debe dar una respuesta particular antes de que ocurra el refuerzo. El organismo “opera” sobre su ambiente y produce un efecto. El psicólogo estadounidense B. F. Skinner es famoso por demostrar la eficacia del condicionamiento operante. Skinner (1904-1990) diseñó la “caja de Skinner” experimental, dentro de la cual una rata presionaría una barra repetidamente si esta actividad se refuerza con bolitas de alimento que caen en un plato. En tanto que el condicionamiento clásico emplea las respuestas naturales y las artificiales, el condicionamiento operante maneja respuestas que ocurren con relativamente poca frecuencia antes de que se refuercen.

Según el condicionamiento operante, la respuesta precede al refuerzo. Las conductas que reciben refuerzo o recompensa tienen una probabilidad creciente de ocurrir nuevamente. Los refuerzos negativos hacen desaparecer lo desagradable después de que la conducta ocurre. El castigo es la consecuencia negativa de una conducta.

Teoría del aprendizaje social

Los teóricos del aprendizaje social no creen que el refuerzo directo sea siempre necesario para el aprendizaje. Hacen hincapié en el uso del modelamiento, o aprendizaje por observación, como una manera para aprender gran parte de la conducta, en especial la social. La representación de roles, o práctica de la conducta modelada, es también una técnica de aprendizaje importante. Bandura está especialmente interesado en la autorregulación a través del uso de refuerzo interno más que externo. Los teóricos socio cognitivos creen que el ambiente influye sobre la conducta de manera indirecta mediante el proceso de pensamiento del individuo.

Perspectiva cognitiva

La perspectiva cognitiva centra la atención en la forma en que las personas adquieren e interpretan la información y la emplean en la resolución de problemas. Cada persona desarrolla esquemas que contienen información sobre los distintos aspectos de su vida y ayudan a procesar la información y al desarrollo de estrategias. En el estudio de la conducta desadaptada, los esquemas de sí mismo son especialmente importantes.

Conducta desadaptada y cognición

Los disturbios cognitivos pueden causar tristeza y desajuste personal. Si nuestras ideas sobre nosotros mismos y de lo que esperamos de nosotros mismos y de los demás son irreales, es posible que vivamos nuestras vidas de tal manera que los resultados indeseables no se puedan evitar. Para Beck, la conducta desadaptada es resultado de las cogniciones disfuncionales, esquemas bastante idiosincrásicos que no son congruentes con la realidad

Terapias cognitivas

Beck centra su atención en ayudar a los pacientes a reemplazar los pensamientos inadaptados con técnicas de afrontamiento más eficaces. Su trabajo se enfocó inicialmente en la depresión, pero ahora también incluye problemas con ansiedad como síntomas importantes. La terapia racional-emotiva, que desarrolló Ellis, se basa en la idea de que la conducta es más una función de los sistemas de creencia que de las condiciones reales. El papel del terapeuta es explicar, demostrar y ayudar al paciente a practicar formas más productivas de pensamiento.

UNIDAD II: CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS SEGÚN EL DSM-V

2.1 Sistema de la clasificación de los trastornos

Los ejes del **DSM-V** proporcionan información sobre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la condición de una persona.

- ▶ El eje I reporta la mayoría de los trastornos o condiciones incluidos en el sistema de clasificación, excepto los trastornos de la personalidad y el retraso mental. Cuando es necesario describir exactamente a un individuo en particular, se puede listar más de un trastorno en el eje I. En tal caso, el diagnóstico principal se presenta primero.

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

- ▶ El eje III describe condiciones médicas generales que parecen relevantes para un caso (por ejemplo, los antecedentes de un paciente con respecto de los ataques cardíacos).

- ▶ El eje IV describe los problemas psicosociales y ambientales (por ejemplo, problemas de vivienda, un evento negativo de vida o estrés familiar). En algunos casos, estos problemas pueden ser el resultado de dificultades de ajuste creados por el trastorno.

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

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

► **Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.** (No incluye retraso mental, el cual se diagnostica en el eje II). Éstos incluyen conducta problemática, trastorno del autismo y trastornos del aprendizaje.

► **Delirio, demencia, amnesia y otros trastornos cognitivos.** Impedimentos de la cognición (por ejemplo, déficit de la memoria, incapacidad para reconocer o identificar objetos o un trastorno de la percepción) cuya causa parece ser una o más sustancias y/o condiciones médicas generales.

► **Trastornos mentales que se deben a una condición médica general no clasificada en otro apartado.** Trastorno mental asociado a una condición médica general, la cual se considera su causa.

► **Trastornos relacionados con el uso de sustancias.** Condiciones acusadas por los efectos sociales, conductuales, psicológicos y fisiológicos adversos, causados por buscar o usar una o más sustancias (por ejemplo, alcohol, cocaína y anfetaminas).

► **Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.** Distorsión significativa de la percepción de la realidad; impedimento para razonar, hablar y comportarse razonable o espontáneamente; impedimento para responder con gusto y motivación apropiados (por ejemplo, delirios, alucinaciones, incoherencia y aislamiento social).

► **Trastornos del estado de ánimo.** Estado de ánimo anormal caracterizado por depresión, manía o ambos síntomas de forma alternada. La depresión se caracteriza por tristeza, melancolía y abatimiento; la manía se caracteriza por excitación, irritabilidad y efusividad.

➤ **Trastornos por ansiedad.** Altos niveles de ansiedad, tensión o preocupación durante largos periodos que pueden estar acompañados de evitación de situaciones de temor, actos rituales o pensamientos repetitivos.

➤ **Trastornos somatomorfos.** Síntomas físicos para los cuales no se pueden encontrar causas médicas; preocupación constante de tener una enfermedad física; preocupación exagerada por defectos físicos menores o imaginarios de una persona que por lo demás parece normal.

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

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

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

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

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

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

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

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

Categorías del Eje II Los trastornos de la personalidad y retraso mental están codificados en el eje II. Estas condiciones empiezan en la niñez o adolescencia y continúan hasta la edad adulta sin sufrir muchos cambios. Los ejes I y II están separados, de modo que, cuando se evalúa a los adultos, se toman en cuenta estas características continuas, que pueden afectar las habilidades cognitivas, sociales o motrices o la habilidad para adaptarse. El eje II también se puede utilizar para señalar características prominentes de la personalidad desadaptada que no llegan a los límites de un trastorno de la personalidad. Este eje puede no distinguir con suficiente claridad entre los estilos o rasgos de la personalidad que se observan comúnmente, que parecen provocar pocos problemas para el individuo, y los estilos de personalidad rígidos y desadaptados en forma evidente que llevan a la infelicidad o ineficiencia personal. Sin embargo, con todas sus imperfecciones, este intento por incluir los factores de la personalidad en la clasificación psiquiátrica es un paso adelante.

► **Trastornos de la personalidad.** Con frecuencia, ciertos patrones dominantes y duraderos de conducta y pensamientos inadaptados que empiezan a principios de la edad adulta interfieren con las relaciones interpersonales normales y reducen la eficacia personal. Puede o no estar presente angustia subjetiva. Los trastornos de la personalidad especificados en el DSM-V incluyen trastornos de la personalidad paranoide; trastorno de la personalidad esquizoide; trastorno de la personalidad esquizotípico; trastorno de la personalidad antisocial; trastorno de la personalidad limítrofe; trastorno de la personalidad histriónica; trastorno de la personalidad narcisista; trastorno de la personalidad evasiva; trastorno de la personalidad dependiente; trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva; y trastorno de la personalidad no especificado en otro apartado.

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

2.2 trastornos de ansiedad

Todos tenemos preocupaciones y temores, incluso los ricos y famosos. Freud afirmaba que la ansiedad puede ser adaptativa si la aflicción que la acompaña motiva a las personas a aprender nuevas formas de enfrentar los retos de la vida. Pero ya sea adaptativa o desadaptada, la aflicción puede ser intensa. Con frecuencia, la persona ansiosa que espera que ocurra lo peor es incapaz de disfrutar de su vida personal y de obtener gratificación del trabajo. Por lo tanto, las personas ansiosas se privan de experimentar los resultados positivos de la vida.

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

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

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

Síntomas de ansiedad comunes y auto descripciones que indican altos niveles de ansiedad
Síntomas
<ul style="list-style-type: none">▶ Nerviosismo, agitación▶ Tensión▶ Sensación de cansancio▶ Mareos▶ Micción frecuente▶ Palpitaciones cardíacas▶ Sensación de desmayo▶ Dificultar para respirar▶ Sudoración▶ Temblores▶ Preocupación y aprensión▶ Insomnio▶ Dificultad para concentrarse▶ Hipervigilancia

2.2.1 trastorno de agorafobia

la **agorafobia**, el miedo de encontrarse en situaciones atemorizantes o desconocidas, que a menudo acompañan a las crisis de pánico. Para el observador, una persona con agorafobia no se ve distinta de una con fobia social. Ambas se quedan en casa en lugar de ir a una fiesta. Pero sus razones para hacerlo son diferentes. Mientras que la persona que padece una fobia social tiene miedo al escrutinio de otras personas, el individuo que padece agorafobia tiene miedo a sus propias señales internas. Los agorafóbicos tienen pavor de la espantosa ansiedad de una crisis de pánico y de perder el control en medio de gran cantidad de personas. Las sensaciones físicas sin importancia quizá se interpreten como el preludio de alguna amenaza catastrófica a su vida. En casos severos, el individuo puede tener un miedo irracional de dejar el ambiente familiar del hogar; en los casos más extremos, la víctima es incapaz de siquiera caminar por la calle o ir de compras. Como la mayoría de los miedos intensos, la agorafobia es más común en mujeres que en hombres.

Una teoría sobre la relación entre las crisis de pánico y la agorafobia es que algunos individuos nacen con una vulnerabilidad biológica a las crisis de pánico. Los factores psicosociales, como una acumulación de eventos estresantes y situaciones perturbadores, pueden desencadenar una crisis de pánico en estos individuos vulnerables. De acuerdo con esta teoría, muchos pacientes, inconscientes de las raíces biológicas de las crisis de pánico, concluyen que las situaciones en las que se presentan las crisis son las culpables. Se preocupan cada vez más por rechazar dichas situaciones y limitan su estilo de vida —a menudo con un considerable costo económico y social— con la esperanza de eludir estas crisis. Uno de ellos contó que había acumulado cientos de dólares en multas por estacionar su automóvil en un lugar prohibido frente a su oficina en lugar de encarar la ansiedad asociada de caminar a través del estacionamiento.

La agorafobia es una complicación de crisis de pánico que no son tratadas, situación que permite su recurrencia. Los antidepresivos son eficaces para suprimir el pánico pero no para reducir la ansiedad anticipatoria ni la agorafobia. Además de la terapia de exposición, es muy útil para las personas que padecen de agorafobia que su terapeuta les enseñe cómo identificar y corregir los pensamientos inadaptados sobre la ansiedad y sus consecuencias. Las técnicas conductuales y cognitivas, incluyendo la exposición gradual a la situación a la que el individuo teme, son eficaces para tratar la agorafobia.

Los individuos agorafóbicos son dependientes y aferrados a alguien. Los estudios de historias de personas agorafóbicas severamente afectadas han mostrado que muchas de ellas muestran ansiedad por separación en la niñez, mucho antes de que apareciera la agorafobia (Gittelman y Klein, 1984). La relación entre la ansiedad por separación en la niñez y la agorafobia es mucho más fuerte en mujeres que en hombres. Tal vez, en algún sentido, la agorafobia es un brote retrasado de la ansiedad por separación de la niñez. Debido a que la ansiedad por separación casi siempre se mide con autorreportes retrospectivos, existe la necesidad de realizar estudios longitudinales que permitan la observación de la conducta del sujeto para complementar los autoreportes.

2.2.2 Fobias específicas

Las **fobias específicas** son una categoría muy variada de miedos marcados, persistentes e irracionales. Algunos ejemplos de fobias específicas son el miedo intenso a un tipo particular de animal (por ejemplo, las víboras, los perros o las ratas), la claustrofobia, y la acrofobia. La fobia específica es el tipo más común de este padecimiento, ya que alrededor de 11% de la población reúne los criterios de una fobia específica durante su vida. (Las cifras comparables de la agorafobia y la fobia social son de 5.6 y 2.7%, respectivamente.) El miedo irracional a las alturas y a los insectos o a animales pequeños son los más comunes.

Se reportaron otras dos fobias de más de 10% miedo irracional al agua o al transporte público— en la muestra encuestada. Aunque los miedos al agua y a las alturas no han sido relacionados a un condicionamiento basado en experiencias previas (Poulton y cols., 1999), algunas fobias específicas tienen relación con experiencias traumáticas ocurridas a temprana edad. Éste parece ser el caso en la adquisición de miedos al tratamiento dental.

Para la persona con una fobia específica, el grado de aflicción varía según la importancia de la situación que se quiere evitar. Por ejemplo, un empleado de hospital que teme a la sangre puede estar en constante estado de miedo porque la probabilidad de ver sangre en un hospital es muy alta. Cuando es baja la probabilidad de que el estímulo atemorizante se presente, las personas con fobia específica generalmente no sufren los síntomas.

Quien tiene fobia a ahogarse en general no es afectado por ella excepto en presencia de agua o cuando se planea una fiesta en la playa. Con el tiempo los niños vencen muchos de sus miedos. Y aunque no es poco común que los adultos con una fobia específica superen su miedo como resultado de una experiencia positiva que incluye el contacto con el estímulo atemorizante, las fobias específicas tienden a ser crónicas. El DSM-V estipula el diagnóstico de una fobia específica cuando existe un miedo marcado y persistente que es excesivo; cuando la persona que sufre de una fobia reconoce que el miedo es irracional pero continúa evitando la situación alarmante; y cuando la evitación de las situaciones de fobia, la ansiedad anticipada y la angustia causada por la situación temida crean problemas en las áreas de las relaciones sociales, el trabajo y los hábitos.

Se han utilizado diversos enfoques terapéuticos para tratar las fobias específicas. Los procedimientos que se basan en la asociación entre los estímulos atemorizantes y las respuestas libres de ansiedad, y que al mismo tiempo proporcionan información que contrarresta las creencias equivocadas sobre los estímulos (por ejemplo, que todos los perros son feroces), con frecuencia producen efectos positivos.

2.3 Trastorno de ansiedad por enfermedad

El trastorno de ansiedad por enfermedad es la preocupación por sufrir o contraer un trastorno grave.

- La persona está tan preocupada por estar enferma o por poder estarlo que puede angustiarse mucho y llegar a tener dificultades para funcionar en la vida diaria.
- El diagnóstico se establece cuando la persona continúa preocupándose por sufrir o llegar a sufrir un grave trastorno después de que una valoración exhaustiva haya descartado la presencia de trastornos graves.
- Una relación con un médico de confianza que ofrezca apoyo puede ayudar, así como una terapia cognitivo-conductual.

El trastorno de ansiedad por enfermedad (hipocondría) suele comenzar en los primeros años de la edad adulta y parece afectar por igual a hombres y mujeres.

La persona puede llegar a sentirse ansiosa en exceso porque malinterpreta síntomas físicos insignificantes o funciones corporales normales (como la conciencia del latido cardíaco).

Síntomas

La persona está tan preocupada por la idea de que está enferma o puede enfermarse que se angustia y es incapaz de funcionar con normalidad. Como resultado, pueden deteriorarse las relaciones personales y el desempeño laboral.

Las personas afectadas pueden presentar síntomas físicos o bien no presentarlos. Si la persona en cuestión presenta síntomas físicos, los síntomas son leves y está más preocupada por lo que estos podrían significar (es decir, por la presencia de un trastorno grave) que por los propios síntomas. Las personas que están excesivamente preocupadas por los síntomas pueden tener un trastorno somatomorfo. Si una persona con trastorno de ansiedad por enfermedad sufre un trastorno físico, su ansiedad es desproporcionada respecto a la gravedad del trastorno.

Algunas personas se autoexaminan en repetidas ocasiones. Por ejemplo, pueden comprobar su pulso varias veces para ver si su ritmo cardíaco es regular. Se asustan fácilmente por nuevas sensaciones corporales.

Algunas personas con trastorno de ansiedad por enfermedad buscan atención médica con frecuencia. Otras se sienten demasiado angustiadas para buscarla.

La enfermedad ocupa un lugar central en su vida y monopoliza su conversación con los demás. Investigan ampliamente el trastorno que piensan que pueden sufrir. Se alarman fácilmente por la presencia de una enfermedad, incluso en otras personas.

Las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad buscan repetidamente que sus familiares, amigos y médicos les tranquilicen. Cuando el médico trata de tranquilizarles

(por ejemplo, diciéndoles que los resultados de la exploración y las pruebas son normales), a menudo piensan que no se está tomando en serio sus síntomas. Entonces se sienten todavía más ansiosos. A menudo, su preocupación interminable es frustrante para los demás, lo que da lugar a relaciones tensas.

Las personas afectadas pueden tender a evitar situaciones que podrían provocarles más estrés (como visitar a familiares enfermos). También pueden evitar actividades que temen que puedan poner en peligro su salud (como el ejercicio).

El trastorno de ansiedad por enfermedad tiende a ser crónico. Puede remitir y luego reaparecer. Algunas personas se recuperan.

Diagnóstico

- Evaluación médica

Los médicos sospechan la presencia del trastorno de ansiedad por enfermedad cuando la persona en cuestión muestra una ansiedad excesiva acerca de si sufre o no un trastorno grave. El médico lleva a cabo una exploración completa para determinar si existe un trastorno orgánico. También evalúan la presencia de depresión u otros trastornos de salud mental.

El diagnóstico del trastorno de ansiedad por enfermedad se confirma cuando la persona continúa estando ansiosa acerca de la enfermedad durante 6 meses o más a pesar de no tener síntomas o de que éstos sean leves, y de que la exploración médica haya descartado posibles trastornos o haya identificado un trastorno leve que no justifica el nivel de ansiedad.

Tratamiento

- Apoyo médico
- En algunas ocasiones, tratamiento con antidepresivos o terapia cognitivo-conductual

Una relación de apoyo y de confianza con un médico atento es beneficiosa, sobre todo si se programan visitas regulares. Si los síntomas no remiten de manera suficiente, puede ser conveniente la derivación a un psiquiatra u otro profesional de la salud mental para su valoración y tratamiento, sin prescindir del seguimiento del médico de atención primaria.

Puede ser eficaz el tratamiento con inhibidores de la recaptación de serotonina, una de las familias de fármacos antidepresivos. La terapia cognitivo-conductual también puede ayudar.

2.3 Trastorno obsesivo-compulsivo.

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

Las obsesiones generalmente incluyen duda, titubeo, miedo a la contaminación o miedo a la agresión propia. Las formas más comunes de la conducta compulsiva son contar, ordenar, revisar, tocar y lavar. Algunas personas que padecen el trastorno obsesivo-compulsivo desarrollan rituales netamente mentales. Por ejemplo, para protegerse de un pensamiento obsesivo o impulso, pueden recitar una serie de palabras o números mágicos. Cerca de 25% de las personas con un trastorno obsesivo-compulsivo tienen pensamientos intrusivos pero no actúan en consecuencia de ellos. El resto son obsesivos y compulsivos; la conducta compulsiva que carece de pensamientos obsesivos es rara.

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

Los rituales compulsivos pueden convertirse en elaborados patrones de conducta que incluyen muchas actividades. Por ejemplo, un hombre puede necesitar que sus muebles nunca estén ni una pulgada fuera de lugar, y también sentir la necesidad de vestirse y desvestirse, lavarse los dientes y usar el baño en un orden preciso e invariable, todo el tiempo dudan de si han realizado correctamente su secuencia de acciones, y muchas veces las repiten para asegurarse de que lo han hecho. Algunos teóricos creen que la conducta compulsiva sirve para desviar la atención de los pensamientos obsesivos. En cualquier caso, los rituales compulsivos se convierten en una protección contra la ansiedad, y mientras los realicen correctamente, el individuo se siente seguro.

Las características más comunes del trastorno obsesivo-compulsivo son las siguientes:

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

La diversidad de rituales y pensamientos obsesivo-compulsivos es prácticamente ilimitada, pero los investigadores han identificado cuatro extensos tipos de preocupaciones:

- a) revisar
- b) limpiar,
- c) lentitud
- d) dudas y escrupulosidad.

Las siguientes afirmaciones ilustran cada tipo:

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

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

Las personas que sufren de trastorno obsesivo-compulsivo son muy cautelosas. Como las víctimas de fobias o de algún otro trastorno de ansiedad, anticipan de manera irracional una catástrofe y la pérdida de control. En general, quienes padecen fobias temen por lo que les pueda suceder a ellos, mientras que las víctimas de trastornos obsesivo-compulsivos temen por lo que ellos puedan hacer. Existen casos combinados; por ejemplo, el miedo a los cuchillos puede estar asociado con el pensamiento obsesivo de que se va a herir a alguien si se toma un cuchillo, y el miedo a los elevadores puede ser

causado por un impulso recurrente a empujar a alguien por el hueco del elevador. Un pensamiento obsesivo de gritar obscenidades durante un sermón puede llevar a la víctima a no asistir a la iglesia, al igual que sucedería con una fobia de escuchar el fuerte sonido de las campanas. Por lo regular, el objeto de la fobia se puede evitar, mientras que en la obsesión no, pero una vez más, existen casos combinados; la fobia a la suciedad puede ser tan molesta como una obsesión, porque la suciedad está en todas partes.

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

Los dos trastornos difieren en que el miedo de la persona obsesivo-compulsiva no se dirige a la situación misma, sino a sus consecuencias (por ejemplo, tener que limpiar después). Otra diferencia es que las personas obsesivo-compulsivas desarrollan una serie de creencias más elaboradas sobre sus pensamientos preocupantes y rituales que los individuos fóbicos respecto de sus miedos. Las cogniciones parecen jugar un papel más importante en las obsesiones y compulsiones que en las fobias.

Diagnóstico diferencial del trastorno obsesivo-compulsivo:

Similitudes y diferencias

⇒ Anorexia nerviosa Ambos incluyen rituales y tienden a ser crónicos. En la anorexia, no se resiste a los rituales ni se consideran irracionales; en el trastorno obsesivo-compulsivo se tratan de resistir (pero generalmente sin éxito).

- ⇒ Hipocondría Ambos incluyen pensamientos recurrentes de enfermedad física, pero éste es el síntoma principal en la hipocondría. Los pensamientos hipocondríacos rara vez se resisten o se piensan irracionales.

- ⇒ Fobia específica Ambos incluyen el miedo y la intención de evitarlo, pero el miedo se limita a un aspecto bastante específico de la vida y raramente se resiste. Por lo común, las obsesiones y compulsiones son muy generales y afectan muchos aspectos de la vida.

- ⇒ Trastorno por estrés Ambos incluyen pensamientos intrusivos y no deseados que causan ansiedad y activación. La causa del postraumático estrés es clara en el trastorno por estrés postraumático, no así en el trastorno obsesivo-compulsivo.

2.2.4 Trastorno por estrés pos-traumático

El trastorno de estrés postraumático, (PTSD), tiene tanto similitudes como diferencias con estas condiciones. La similitud más importante es que el individuo ha experimentado un evento traumático. Sin embargo, en el caso del trastorno por estrés postraumático, el evento que desató el estrés está fuera del rango de la experiencia común (por ejemplo, estar involucrado o haber observado un accidente de auto leve no son experiencias fuera de lo común). El PTSD incluye una experiencia extrema, como la guerra, una catástrofe natural (por ejemplo un terremoto), agresión física o un choque serio. Los traumas van desde los que se experimentan directamente (por ejemplo, ser amenazado de muerte) a aquellos que se viven en calidad de testigo (por ejemplo, que un familiar sea amenazado de muerte). La aparición de la condición clínica en los trastornos postraumáticos varía desde poco después del trauma hasta mucho después de que ha ocurrido. La mayoría de los estudios han encontrado índices más altos entre las mujeres que en los hombres.

La frecuencia del PTSD en la población general es de 0.5% en hombres y de 1.2% en mujeres (Andreasen y Black, 2001). Como la vida actual genera altos índices de trauma

para la población en general, se estima que hoy en día los estadounidenses tienen de 5 a 10% de probabilidades de desarrollar el PTSD en algún momento de su vida.

Criterios para diagnosticar el trastorno por estrés postraumático

1. Exposición a un evento traumático que incluyó una amenaza de muerte real o una herida seria, o una amenaza a la integridad física propia o de otros.
2. Respuesta al evento que incluye miedo intenso, impotencia o terror.
3. Reexperimentar con persistencia el evento traumático en forma de pensamientos o sueños recurrentes y angustiantes, o comportarse o sentir como si dicho evento mismo estuviera reproduciéndose, o reactividad intensa psicológica o fisiológica cuando se está expuesto a señales que simbolizan o se parecen al evento.
4. Rechazar persistentemente el estímulo asociado con el trauma, así como el aturdimiento de la respuesta general.
5. Síntomas persistentes de activación aumentada —como hipervigilancia, irritabilidad, insomnio, dificultad para concentrarse, y sobresaltos exagerados— que no estaban presentes antes de sufrir el trauma.
6. Síntomas con duración de más de un mes que causan aflicción o discapacidad (por ejemplo, en las esferas de las relaciones interpersonales y el trabajo).

Este padecimiento presenta tres características esenciales: hiperactivación, evitación y reexperimentación repetida. De ellas, la más angustiante es la reexperimentación repetida, la cual incluye pensamientos perturbadores no deseados que interfieren con el funcionamiento normal. En el DSM-IV-TR, este trastorno se considera *agudo* si la condición empieza después de los primeros tres meses posteriores al trauma y *demorado* si los síntomas surgen más de seis meses después de ocurrido el evento. Las

probabilidades de la recuperación total son mejores en la forma aguda que en la forma retardada. Sin embargo, han surgido cuestionamientos sobre la conveniencia de tener dos diagnósticos distintos, el trastorno por estrés agudo y el PTSD (Marshall, Spitzer y Liebowitz, 1999). También es necesario preguntarse si actualmente se abusa del diagnóstico por las personas en general, la prensa y en casos legales, de manera que este término con frecuencia se utiliza para describir la experiencia de cualquier evento que cause aflicción (McNally, 2003).

La experiencia postraumática

Cuando esto ocurre, la persona se siente emocionalmente anestesiada en medio de una incontenible inundación de pensamientos sobre el evento. Además de volver a experimentar el estrés, las personas que sufren del trastorno postraumático pueden mostrar una activación autonómica excesiva, hipervigilancia, dificultad para concentrarse o terminar tareas y dificultad para dormir. Un síntoma que ocurre con frecuencia en niños que han experimentado un trauma es una respuesta de sobresalto exagerada. Estos síntomas pueden aumentar cuando el individuo es expuesto a señales relacionadas con el evento traumático (por ejemplo, cuando la víctima de un serio accidente automovilístico observa un choque en una película).

La preocupación por el evento traumático puede también disminuir el interés en las relaciones sociales, la intimidad y la sexualidad. Son comunes los dolorosos sentimientos de culpa, así como la depresión, inquietud e irritabilidad. En algunos casos puede haber brotes de conducta impulsiva, generalmente de naturaleza pacífica (por ejemplo, ausencias injustificadas en el trabajo), y abuso de alcohol o drogas.

Para afrontar la experiencia traumática, la persona con PTSD utiliza una gran cantidad de energía psicológica para desviar los pensamientos de ellas. A pesar de que el evento ha terminado, lo revive a diario, y existe un miedo irracional de que vuelva a suceder. Es este miedo el que causa la hipervigilancia y agitación. Los pensamientos intrusivos, imágenes y sueños pueden alcanzar niveles tan preocupantes que la persona no puede relacionarse normalmente o trabajar. En algunos casos de reacciones desadaptadas a un trauma puede haber una alternancia de pensamientos intrusivos y negación. En el estado intrusivo, el

individuo no puede dejar de tener pensamientos alarmantes relacionados con el evento traumático. En el estado de negación, ignora las consecuencias de las amenazas y pérdidas, se olvida de los problemas importantes y puede mostrar un retraimiento de sus intereses en la vida.

2.2.5 Trastorno de ansiedad generalizada

El **trastorno de ansiedad generalizada** consiste en miedos prolongados, vagos e inexplicables —pero intensos— que no parecen relacionarse con algún objeto en particular. Se parecen a los miedos normales, pero no existe un peligro real, y en la mayoría de los casos ni siquiera se imagina que el peligro esté presente. Los individuos que sufren de un trastorno de ansiedad no sólo se preocupan por cosas sin importancia que han ocurrido, sino que también se sienten tensos y preocupados cuando ni siquiera existe una mínima alarma. Parecen pasar mucho tiempo anticipando alarmas que probablemente no sonarán.

Este diagnóstico no se utiliza si existe evidencia de que dichas características se producen por el uso de sustancias o por una condición médica general, o si ocurren exclusivamente en conexión con otro diagnóstico grave del eje I.

En el trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad persiste por seis meses o más y no se atribuye a experiencias recientes en la vida del individuo. Sus síntomas generalmente incluyen preocupación, hipervigilancia, tensión motora y actividad excesiva del sistema nervioso autónomo.

➤ **Preocupación o sentimientos aprensivos sobre el futuro.** Las personas con el trastorno de ansiedad generalizada se preocupan por lo que les depara el futuro, por las personas que están cerca de ellas o por sus bienes valiosos.

➤ **Hipervigilancia.** Quienes padecen ansiedad generalizada adoptan una actitud de centinela en su vida diaria. De manera constante buscan peligros en su entorno (no necesariamente de naturaleza física), aunque muchas veces no pueden especificar los riesgos que pueden existir. Esta vigilancia excesiva se relaciona con su estado

hiperactivado. Como siempre están alertas a amenazas potenciales, se distraen fácilmente de las tareas en las que trabajan. Su hipervigilancia también contribuye a la dificultad para conciliar el sueño.

► **Tensión motora.** Los individuos con este síntoma son incapaces de relajarse; están agitados y visiblemente tensos y temblorosos. Las expresiones faciales de tensión son comunes, como lo son el entrecejo fruncido y los suspiros profundos. Dichos individuos se sobresaltan con facilidad.

► **Reactividad autonómica.** En individuos con estos síntomas, los sistemas nerviosos simpático y parasimpático parecen trabajar tiempo extra. Existen combinaciones de sudoración, mareos, ritmo cardíaco acelerado, accesos de calor o frío, manos frías y húmedas, molestias estomacales, aturdimiento, evacuación o micción frecuentes, sensación de tener un nudo en la garganta y pulso y respiración acelerados.

2.2.6 Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados

El DSM-IV-TR trata con condiciones en las cuales existen síntomas físicos en ausencia de enfermedades físicas. Muchas de las inconformidades corporales que se les pide tratar a los médicos sugieren una patología física, pero ninguna discapacidad real. Los síntomas médicos sin explicación representan de 25 a 50% de los problemas que enfrentan los médicos diariamente (Looper y Kirmayer, 2002).

Aunque la incapacidad médica para diagnosticar un caso puede deberse a la falta de conocimiento del médico o a una prueba de laboratorio incorrecta, en un gran número de casos los factores psicológicos juegan un papel importante y hasta crucial. Estos casos, que no parecen ser producidos conscientemente, se clasifican como **trastornos somatomorfos**. Esta categoría incluye varias condiciones en las que la inconformidad corporal juega un papel importante.

Trastornos somatomorfos descritos en el DSM-V

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

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

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

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

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

Trastornos del dolor

Los **trastornos del dolor** involucran reportes de dolor extremo y incapacita al individuo, ya sea sin ningún síntoma orgánico identificable, o con síntomas que son exagerados basándose en los síntomas orgánicos encontrados. Estos trastornos pueden ser agudos o crónicos y son difíciles de diagnosticar. En la actualidad, el **modelo biopsicosocial** del dolor es comúnmente aceptado, y se enfoca en las maneras en las que los factores psicológicos y sociales desencadenan el dolor. La manera en que las personas interpretan el dolor y su manera de afrontarlo tienen influencia en el ajuste general.

Aunque el **trastorno del dolor crónico** se puede tratar con medicamentos, a menudo es más eficaz utilizar un enfoque psicológico. Los principales métodos utilizados son el condicionamiento operante, la terapia cognitivo-conductual, la biorretroalimentación y la psicoterapia de apoyo.

Criterios del DSM-V para el trastorno del dolor
--

1. El dolor existe en una o más ubicaciones anatómicas con suficiente intensidad para garantizar la atención clínica.

2. El dolor causa una aflicción clínica significativa o discapacidad en el funcionamiento social, profesional u otras áreas importantes.
--

3. Se considera que los factores psicológicos juegan un papel importante en la aparición, severidad, agravamiento o mantenimiento del dolor.
--

4. El dolor y las deficiencias relacionadas no son fingidas o producidas intencionalmente.
--

UNIDAD III: TRASTORNOS SEGÚN EL DSM-V

3.1 Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados

Los **trastornos de somatización** han sido definidos de muchas maneras, pero el elemento común de todas las definiciones es la presencia de síntomas somáticos que no pueden ser adecuadamente explicados por descubrimientos orgánicos. Las enfermedades inexplicadas son un reto para el médico y una angustia para el paciente. Los trastornos de somatización se caracterizan por dolencias somáticas múltiples que son recurrentes o crónicas. A menudo se denomina a esta condición como **síndrome de Briquet** porque un médico de ese apellido lo describió detalladamente en 1859. Las quejas más comunes incluyen dolores de cabeza, fatiga, palpitaciones, periodos de desmayos, náuseas, vómito, dolores abdominales, problemas del intestino, alergias y problemas menstruales y sexuales. Con este amplio rango de dolencias, no es sorprendente que los pacientes con trastornos de somatización continuamente vayan al médico, cambien de médico y se sometan a cirugías probablemente innecesarias (ver la tabla 7-6). La figura 7-5 compara la frecuencia de procedimientos quirúrgicos mayores en pacientes que fueron clasificados con un trastorno de somatización con un grupo control.

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

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

de la personalidad histriónica , incluyendo una actitud egocéntrica y exageradas expresiones de emoción.

La ansiedad y la depresión son rasgos comunes, como lo es la manipulación, la cual puede tomar la forma de amenazas o intentos de suicidio. Las personas que sufren de somatización dan la impresión de ser inmaduros y demasiado nerviosos. Este trastorno varía de la *hipocondría* (que trataremos más adelante en este capítulo) en que ésta se concentra en el miedo a tener una o más enfermedades específicas, mientras que la persona con trastorno de somatización tiende a estar preocupada por los síntomas.

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

“Me despierto en la mañana duro como una tabla”.

- “Mi corazón se siente como si lo estuvieran apretando bandas de metal”.
- “Vomito cada media hora”.
- “Ni siquiera puedo tomar líquidos”
- “Me siento tan débil como un gato”.
- “Realmente no lo voy a poder soportar más tiempo”.

Los trastornos de somatización parecen ocurrir principalmente en mujeres; aproximadamente 1% de todas ellas padecen de esta condición. Es común que una familia tenga más de una persona con somatización. Como las personas que padecen un trastorno de somatización tienden a ser influenciables, el alto predominio del trastorno en ciertas familias puede reflejar la influencia de un padre con somatización (generalmente la madre) más que la herencia. La imprecisión de las dolencias de la somatización dificulta la

investigación del trastorno. Por ejemplo, el investigador frecuentemente se pregunta si los síntomas pueden tener causas orgánicas que no han sido identificadas.

Frecuentemente se dice que los pacientes con trastornos de somatización no son adecuados para tratamiento psicoterapéutico porque no son psicológicamente propensos y están desmotivados. Sin embargo, las terapias cognitivas y psicodinámicas pueden ser eficaces para tratar estos trastornos (Looper y Kirmayer, 2002). La mayoría de los pacientes con somatización creen que sus dolencias son causadas por una enfermedad orgánica. Cuando trata de crear afinidad, es útil que el médico o terapeuta le dé la oportunidad de describir sus síntomas en detalle y asegurarse de que los síntomas sean tomados en serio.

¿Por qué las personas sufren de somatización?

Algunas personas pueden pensar que por presentarse uno mismo como “enfermo” se pueden obtener beneficios sociales o psicológicos.

► La enfermedad permite a una persona socialmente aislada recibir cuidados y apoyo de la familia, amigos y médicos que de otra manera no obtendría.

► El papel de enfermo se puede utilizar como una racionalización para justificar fallas profesionales, sociales y sexuales.

► La enfermedad se puede utilizar para manipular a otras personas o situaciones sociales.

► Como la enfermedad física crea menos estigmas que padecer algún trastorno psicológico, muchos individuos prefieren atribuir sus síntomas psicológicos a causas físicas.

► Los síntomas de la somatización pueden representar una conducta aprendida en la niñez (por ejemplo, algunos padres pueden prestarles más atención a sus hijos durante una enfermedad).

3.1.1 Trastorno de conversión

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

Entre los síntomas que reportan estos pacientes se encuentran la parálisis, ceguera, sordera y dificultad para caminar. A menudo, la aparición de síntomas en los trastornos de conversión ocurre después de una experiencia estresante y puede ser repentina. Los teóricos psicodinámicos creen que los síntomas representan un conflicto psicológico implícito.

Los síntomas de conversión parecen ser ingenuas invenciones desarrolladas sin considerar los hechos reales de la anatomía. En el caso de la anestesia del guante, por ejemplo, el individuo puede ser incapaz de sentir algo en una mano, aunque en el brazo las sensaciones son normales. Esto es anatómicamente inverosímil porque el nervio sensorial de esta parte del cuerpo está organizado de manera que la anestesia del guante no pueda ser el resultado de un trastorno neurológico (Halligan y cols., 2000).

Muchas veces, los síntomas de conversión aparecen sin ninguna razón obvia, aunque frecuentemente pueden rastrearse los eventos específicos que los precipitan. Para complicar la tarea de diagnosticar la conversión, existe el hecho de que a veces no pueden distinguirse fácilmente de los síntomas con bases de somatización.

Una pista que ayuda a hacer dicha distinción es el rasgo característico del trastorno de conversión que ha sido llamado la *belle indifférence* (la bella indiferencia): aunque el individuo experimente ansiedad intensa en otras áreas de su vida, su falta de preocupación

de lo que parece ser una alteración física que lo limita es sorprendente, y no típicamente asociada con síntomas similares causados por trastornos de somatización verdaderos.

Por lo general, las causas de la conversión clínica involucran una sola alteración durante un periodo. Se pueden afectar diferentes partes del cuerpo en episodios posteriores. Los síntomas muchas veces permiten a la persona escapar de situaciones frustrantes o desafiantes a través de la limitación física. Cuando las presiones de estas situaciones disminuyen, los síntomas físicos se debilitan. También pueden lograr un beneficio secundario cuando derivan algo de un síntoma físico (como atención, afecto o una pensión) que no podrían obtener de otra manera. Como las tendencias histriónicas y el nerviosismo son características de las personas que tienen estas reacciones corporales, sus síntomas a menudo tienden a ser mucho más dramáticos y limitantes.

Los trastornos de conversión muestran la forma en que los conceptos de desadaptación pueden cambiar a través de los años.

Hasta hace relativamente poco tiempo, estos trastornos fueron considerados como un tipo de categoría más extensa llamada **histeria** o **trastornos de histeria**. El origen del concepto de la histeria se puede rastrear hasta la Edad Media cuando hacían referencia a los trastornos del útero, los cuales se creía estaban relacionados con lo que ahora llamamos trastornos de conversión. La histeria era vista como una condición causada por un defecto en el sistema reproductivo femenino. En tiempos modernos, la amplia categoría de la histeria incluía a individuos que mostraban inmadurez emocional e inestabilidad afectiva como características predominantes. En la terminología antigua estos individuos podían mostrar reacciones disociativas, personalidad múltiple y muchos otros trastornos además de las reacciones de conversión. Hoy en día, el DSM-V-TR limita el diagnóstico del trastorno de conversión a las condiciones en las cuales existen uno o más síntomas de disfunción motora o sensorial que sugieren pero no pueden relacionarse con un problema médico. Los síntomas, aunque no son producidos intencionalmente, se consideran asociados con factores psicológicos. Por lo tanto, el diagnóstico de la histeria ya no ocupa el lugar importante que una vez ocupó en la clasificación psiquiátrica

3.1.2 Trastorno de facticio

Aunque los trastornos somatomorfos y varios tipos de problemas médicos son diferentes en muchos sentidos, tienen en común el hecho de que la persona que los padece asume el papel del paciente, alguien que recibe atención y cuidado. Otro grupo de condiciones que se caracterizan por el mismo rasgo son los **trastornos facticios** (la palabra *facticia* se define como “artificial o antinatural”). Sin embargo, en estas condiciones, los síntomas físicos y psicológicos son autoinducidos voluntariamente por el paciente. Esto puede implicar tanto una completa mentira como la exageración de una condición preexistente.

En el trastorno facticio, la única meta aparente es el deseo de asumir el papel de paciente. Las personas con este tipo de trastorno muchas veces tienen historial de mentir de manera incontrolable, demandar atención de profesionales y de describir recuentos dramáticos de dolores vagos. Puede ser muy difícil clasificar una serie de síntomas como los facticios. La manera dramática en la cual el paciente presenta sus problemas normalmente levanta sospechas; sin embargo, muchos individuos con este trastorno han logrado reunir bastante información médica y, en consecuencia, pueden ser tan buenos actores que hacen que sus síntomas sean creíbles.

Los trastornos facticios generalmente empiezan durante la adultez temprana y muchas veces se estimulan con la hospitalización por un problema físico genuino. El trastorno es mucho más común en las mujeres que en los hombres (Krahn y cols., 2003). Por los síntomas tan dramáticamente presentados pero imprecisos, los individuos con trastornos facticios a menudo sufren de frecuentes hospitalizaciones durante las cuales se les pueden practicar cirugías innecesarias. Aunque los síntomas de la somatización y los trastornos facticios son los mismos, las personas que sufren de somatización piensan que están realmente enfermas, mientras que aquellos con trastornos facticios sólo buscan atención al inventar síntomas.

Cuando se les confronta sobre su papel en la enfermedad, muy pocas personas con trastornos facticios admiten su comportamiento (Krahn y cols., 2003). En los trastornos

facticios, el recuento de algunos eventos de la niñez a menudo revela una historia de inseguridad emocional en esa etapa, negligencia o rechazo emocional de los padres y hogares destruidos que los condujeron a la adopción o a un hogar temporal (Folks y cols., 2000).

El término **síndrome de Munchausen** se refiere a un tipo extremo de trastorno facticio caracterizado por la repetida y consciente simulación de una enfermedad con el único propósito de+ obtener atención médica. El síndrome fue nombrado en honor al Barón von Munchausen, un oficial alemán de la caballería del siglo XVIII, quien fue un personaje legendario debido a sus elaboradas mentiras. Un paciente con el síndrome de Munchausen puede viajar grandes distancias para aparecerse en hospitales con dramáticas y convincentes historias, que son falsas, que convencen a los médicos y a los miembros del personal de que sufre de una enfermedad grave.

Los pacientes con este síndrome cuentan increíbles historias sobre su historial médico. También fingen síntomas; por ejemplo, pueden pretender sentir dolor, poner sangre en una muestra de orina o manipular el termómetro para dar la impresión de fiebre.

Algunas veces van más allá, causándose lesiones reales a sí mismos, ya sea quemándose o cortándose, tomando peligrosas drogas, o inyectando sustancias extrañas en sus venas. Muchas veces convencen a los médicos de realizar cirugías innecesarias. Pueden pasar la mayor parte de sus vidas moviéndose de un hospital a otro, tratando de ser internados. Una vez que lo logran se niegan a seguir las reglas y constantemente demandan atención.

El trastorno facticio no es lo mismo que el **fingimiento** . Las personas con trastornos facticios simplemente ansían atención y quieren ser cuidados. Por su parte, las personas que fingen tratan de obtener cuidado médico y hospitalización para alcanzar alguna meta específica como la compensación, la pensión por incapacidad o evitar a la policía. Mientras que muchas dolencias y hospitalizaciones parecen ser casi un patrón continuo del trastorno facticio, el fingimiento a menudo termina abruptamente cuando el paciente obtiene lo que quiere. En contraste, las personas con trastornos facticios parecen ser incapaces de detener sus mentiras y fabricación de síntomas. Sin embargo, estas dos

condiciones son autoinducidas, y ambas se intensifican como respuesta a altos niveles de estrés.

Suele ser difícil distinguir el trastorno facticio y el fingimiento de otras condiciones. A veces se supone que un síntoma particular es controlado voluntariamente al haber excluido todas las demás causas posibles, lo que representa también un problema. Los diagnósticos equivocados pueden aumentar cuando el médico clínico no está totalmente seguro del propósito específico del que finge para fabricar sus síntomas. Un acto de fingimiento puede, bajo ciertas circunstancias, ser considerado adaptativo (por ejemplo, cuando un prisionero de guerra finge una enfermedad), pero los trastornos facticios casi siempre ocurren en personas con alteraciones de personalidad que han padecido toda su vida.

3.1.3 Hipocondría

La **hipocondría** se diagnostica si la persona tiene una creencia persistente (que dure seis meses o más) de que padece una enfermedad seria a pesar de la afirmación médica de lo contrario, de la falta de hallazgos físicos y del desarrollo de la enfermedad. A menudo, dichas personas muestran una pobre comprensión, no reconocen que su preocupación es excesiva. Dirán cosas como “Yo consulto al médico tan pronto como tengo dolencias corporales” y “Si algo parece estar mal con mi cuerpo, inmediatamente me altero.”

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

La hipocondría se diagnostica cuando el individuo

- 1) persistentemente cree que una enfermedad seria respalda los síntomas que presenta al médico
- 2) ignora el consejo de éste de que ninguna enfermedad física o anormalidad respalda los síntomas.

Los individuos hipocondríacos poseen tres características importantes:

- 1) la actividad fisiológica
- 2) se centran en su cuerpo
- 3) conductas diseñadas para evitar o controlar una enfermedad física.

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

Las estrategias de tratamiento para la hipocondría varían de un individuo a otro dependiendo de los problemas particulares que presenten. Sin embargo, por lo general, los componentes de la mayoría de los enfoques terapéuticos para manejar este trastorno son los siguientes:

- I. Establecer una relación terapéutica. Este paso es importante porque muchos individuos se muestran renuentes a aceptar que sus problemas son causados por otra cosa que no sea una condición médica.

2. Reconocer la angustia causada por las preocupaciones del individuo.
3. Averiguar los miedos del paciente y las ideas sobre su salud física.
4. Presentar explicaciones racionales alternativas y explicar por qué las ideas del paciente pueden ser erróneas.

3.1.5 Trastorno disociativo

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

- Un acontecimiento altamente estresante ocurrido durante la infancia puede impedir en algunos niños la integración de sus experiencias en una identidad única.
- La persona tiene dos o más identidades y presenta lagunas de memoria para los acontecimientos cotidianos, información personal importante y acontecimientos traumáticos o estresantes, así como muchos otros síntomas, como depresión y ansiedad.
- A través de la realización de una meticulosa entrevista psiquiátrica y de cuestionarios especiales, a veces facilitados mediante hipnosis o sedantes, el médico obtiene la información necesaria para establecer el diagnóstico de este trastorno.
- La psicoterapia puede favorecer la integración de las identidades o, por lo menos, lograr la cooperación de las identidades existentes.

Se desconoce el número de personas con trastorno disociativo de la identidad. En un estudio pequeño, alrededor de un 1,5% de las personas sufrieron este trastorno en un año en concreto.

El trastorno de identidad disociativo puede presentar las formas siguientes:

- Posesión
- No posesión

En la forma de posesión, las diferentes identidades de la persona aparecen como si se tratara de un agente externo que ha tomado el control de la persona. Este agente externo puede describirse como un ser o espíritu sobrenatural (a menudo un demonio o dios, que puede exigir castigo por acciones pasadas) pero a veces es otra persona (a menudo alguien que ha muerto, a veces de manera dramática). En todos los casos, las personas hablan y actúan de manera muy diferente a la que lo hacen normalmente. De este modo, las diferentes identidades son obvias para las demás personas. En muchas culturas, estados de posesión similares son una parte normal de la cultura o la religión locales y no se consideran un trastorno. Por el contrario, en el trastorno de identidad disociativo, la identidad alternativa no es deseada, provoca una angustia y un deterioro importantes y aparece en momentos y lugares que no son apropiados para la situación social, la cultura y/o la religión de la persona.

Las formas de no posesión tienden a ser menos evidentes para los demás. La persona puede notar una alteración repentina en su sentido de sí misma, tal vez sintiéndose como si fuera observadora de su propio discurso, emociones y acciones, en lugar de ser el agente.

Causas

El trastorno de identidad disociativo suele aparecer en personas que sufrieron una tensión emocional abrumadora o un trauma durante la infancia. En los Estados Unidos, Canadá y Europa, alrededor del 90% de las personas con este trastorno han sido víctimas de maltrato grave (físico, sexual o emocional) o han sido abandonadas durante la infancia. Algunas personas no han sufrido abusos, pero han experimentado una pérdida temprana importante (como la muerte de uno de los progenitores), una enfermedad grave u otros eventos abrumadoramente estresantes.

A medida que se desarrollan, los niños deben aprender a integrar diversos y complicados tipos de información y experiencias en una única identidad personal cohesionada y compleja. El abuso sexual y físico que se produce en la infancia, cuando la identidad personal está en desarrollo, puede tener efectos duraderos sobre la capacidad de la persona para construir una identidad única, especialmente cuando los abusadores son los progenitores o los cuidadores.

Los niños que han sufrido abusos pueden pasar por fases en las cuales se mantienen separadas las diferentes percepciones, recuerdos y emociones de sus experiencias vitales. Con el tiempo, estos niños pueden desarrollar una creciente capacidad de escapar del abuso al "alejarse", disociándose de su duro ambiente físico o replegándose hacia el interior de su propia mente. Cada fase o experiencia traumática se puede usar para producir una identidad diferente.

Sin embargo, si estos niños en situación de vulnerabilidad son suficientemente protegidos y contenidos psicológicamente por adultos que verdaderamente se preocupen por ellos, es menos probable que desarrollen un trastorno de identidad disociativo.

Síntomas

El trastorno de identidad disociativo tiene un curso crónico y es potencialmente incapacitante, aunque muchas personas consiguen tener un buen nivel de funcionamiento y conducen sus vidas de manera creativa y productiva.

El trastorno de identidad disociativo presenta varios síntomas característicos.

3.1.6 Amnesia disociativa

La amnesia disociativa es uno de los trastornos psiquiátricos más enigmáticos y controvertidos. En las últimas dos décadas, el interés en la comprensión de su fisiopatología se ha disparado. En este informe, se revisan los nuevos datos sobre la epidemiología, la neurobiología y las neuroimágenes de la amnesia disociativa y mostrar

cómo los avances en la investigación de la memoria y la neurobiología de la disociación Se proponen modelos patogénicos de la enfermedad.

La amnesia disociativa se caracteriza por el deterioro funcional. Además, los datos preliminares sugieren que las personas afectadas tienen una mayor -y posiblemente subestimado- riesgo de suicidio. La prevalencia de la amnesia disociativa varía sustancialmente entre los países y poblaciones. Los síntomas y el curso de la enfermedad también varían, lo que indica un trastorno posiblemente heterogéneo.

Las características clínicas que la acompañan también difieren entre los grupos culturales. La mayoría de las amnesias disociativas son retrógradas, con deficiencias en la memoria que involucran principalmente el dominio de la memoria episódica autobiográfica.

La amnesia disociativa anterógrada que ocurre sin significativas alteraciones de la memoria retrógrada, es rara.

Los estudios de neuroimagen funcional en la amnesia disociativa con alteraciones de la memoria retrógrada que prevalece muestran cambios en la red que preserva la memoria autobiográfica. En la actualidad no existen tratamientos basados en la evidencia disponibles para la amnesia disociativa y no existe un amplio marco para su rehabilitación. Se necesita más investigación sobre su neurobiología, su tratamiento y para las opciones y estrategias para mejorar los diagnósticos diferenciales.

Los trastornos amnésicos comprenden grave deterioro de la memoria, se producen en un individuo en alerta y en ausencia de otros déficits cognitivos importantes. Históricamente, estos trastornos se han clasificados como causados por un desorden médico general. o atribuible a los efectos persistentes del uso indebido de alguna sustancia, o a mecanismos psicológicos o mixtos.

Esta clasificación todavía se utiliza en la Clasificación Internacional de Enfermedades de cationes volumen 10 (ICD-10), 2 pero se han realizado varios cambios en la nueva edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). Se incorpora la categoría de "Trastornos amnésicos" en "trastornos neurocognitivos" del DSM-IV texto

de la revisión (DSM-IV-TR) y recomienda descripciones específicas de los tipos de recuerdos deteriorados, desalentando implícitamente el uso de la término "amnesia". Sin embargo, la amnesia disociativa sigue siendo una entidad diagnóstica en el DSM-5.3

La definición modificada de disociación en el DSM-5 es más cercana a la original descripción de Janet en 1894 y se estrecha la brecha entre la CIE-102 y las ediciones anteriores del DSM. Coinciden los hallazgos neuropsicológicos y de neuroimagen y se alinea con modelos neuronales integradores de la cognición y emoción.⁷

En esta revisión, se proporciona un resumen de los hallazgos más recientes de la investigación sobre el diagnóstico, la epidemiología, fisiopatología, curso y tratamiento de la amnesia disociativa y su variante, la fuga disociativa. Se discuten los debates relativos a la patogenia y a las direcciones futuras para mejorar los diagnósticos diferenciales y guiar el tratamiento.

3.1.7 Fuga disociativa

durante las fugas disociativas, las personas pierden algunos recuerdos de su pasado (o todos ellos) y suelen desaparecer de los lugares que acostumbran a frecuentar, abandonando familia y trabajo. ("Fuga" viene de las palabras latinas para "vuelo" y "huir".)

La fuga disociativa (reacción disociativa) es una forma poco frecuente de amnesia disociativa.

Una fuga disociativa puede durar entre horas y meses, e incluso prolongarse durante más tiempo. Si la fuga es breve, puede parecer que se trata de algo tan simple como una ausencia laboral o un retraso en la hora de llegar a casa. Si la fuga dura varios días o incluso más tiempo, las personas pueden desplazarse muy lejos de su hogar, forjarse una nueva identidad y encontrar otro trabajo, sin ser conscientes de los cambios que se producen en su vida.

Muchas fugas parecen representar el cumplimiento de un deseo encubierto o la única manera permisible de escapar de una grave angustia o vergüenza. Por ejemplo, un

ejecutivo con dificultades financieras abandona una vida agitada y trabaja como agricultor en el campo.

Así pues, la fuga disociativa se confunde a menudo con la simulación de una enfermedad, puesto que ambas circunstancias proporcionan a la persona una excusa para eludir sus responsabilidades (como una relación matrimonial insoportable), para evitar dar cuenta de los actos propios, o para reducir la exposición a un peligro conocido, como entrar en combate. Sin embargo, la fuga disociativa, a diferencia de la simulación, aparece espontáneamente y no es fingimiento. Los médicos generalmente pueden distinguirlas porque los simuladores suelen exagerar y dramatizar sus síntomas y porque tienen razones financieras, legales o personales obvias (como evitar el trabajo) para simular la pérdida de memoria.

Síntomas

Durante la fuga, las personas tienen una apariencia normal y sus actos son normales, o solo parecen ligeramente confundidos, y no llaman la atención. Sin embargo, cuando termina la fuga, la persona se encuentra de repente en una situación nueva sin recordar cómo ha llegado hasta ahí o lo que ha estado haciendo. En este punto, mucha gente se siente avergonzada o molesta porque no puede recordar lo que pasó. Algunas personas tienen miedo. Si presentan confusión, pueden llamar la atención de autoridades médicas o legales.

Cuando termina la fuga, muchas personas recuerdan su identidad y su vida anteriores al comienzo de la fuga. Sin embargo, para otras, el recuerdo tarda más tiempo y se produce de forma más gradual. Algunas personas nunca llegan a recordar partes de su pasado. En muy pocos casos la persona no recuerda nada o casi nada de su pasado durante el resto de su vida.

Diagnóstico

- Evaluación médica

El médico sospecha la existencia de fuga disociativa cuando la persona parece confundida en lo relativo a su identidad o perpleja acerca de su pasado, o ante confrontaciones que cuestionan la identidad actual o evidencian la ausencia de una identidad definida.

A veces, la fuga disociativa no puede ser diagnosticada hasta que no se produce el súbito retorno a la identidad anterior a la fuga, momento en que la persona experimenta un intenso malestar al encontrarse en circunstancias que no le son familiares.

Por lo general, la fuga disociativa se diagnostica después del hecho, cuando el médico revisa la historia de la persona y recopila información que documenta las circunstancias anteriores al abandono del hogar, al viaje en sí y a la vida alternativa que la persona ha llegado a establecer.

Tratamiento

- Psicoterapia
- A veces, la hipnosis o las entrevistas facilitadas con fármacos

Si la persona ha sufrido fugas disociativas, la psicoterapia, en ocasiones combinada con la hipnosis o entrevistas facilitadas con fármacos (entrevistas realizadas después de la administración de un sedante por vía intravenosa) pueden utilizarse para intentar ayudar a la persona a recordar los acontecimientos que tuvieron lugar durante el periodo de fuga. Sin embargo, tales esfuerzos no suelen tener éxito.

No obstante, un psicoterapeuta puede ayudar a las personas afectadas a explorar los patrones con los que se enfrentan a situaciones diversas y los conflictos y los estados de ánimo que desencadenaron la fuga, para ayudarles a encontrar mejores estrategias de respuesta en el futuro. Este enfoque puede ayudar a prevenir la repetición de las fugas.

3.1.8 Trastorno de identidad disociativa

El trastorno de identidad disociativo (trastorno de personalidad múltiple) se manifiesta a través de numerosos síntomas. La característica común de las diferentes formas de

manifestarse es que existen 2 o más (en ocasiones hasta 100) identidades o personalidades diferentes en una persona (personalidad múltiple). En un trastorno de identidad disociativo aparecen de media entre 8 y 10 identidades parciales. De estas, al menos 2 asumen en reiteradas ocasiones el control del comportamiento.

La persona que asume la gran parte de la vida cotidiana en un trastorno de identidad disociativo se denomina *host* (del inglés: huésped) y las personalidades parciales *alters* (derivado del inglés: *alternate*, en el sentido de: distinto, transformado).

El trastorno de identidad disociativo conlleva vacíos de memoria. El *host* solo es consciente en parte de las otras personalidades, de manera que tampoco recuerda sus actos. Muchos afectados no saben, en ocasiones, cómo han llegado al lugar en que se encuentran, quien es la persona a la que han saludado o quien ha escrito la lista de la compra que hay en su mesa.

Las diferentes identidades características de un trastorno de identidad disociativo se diferencian, casi siempre, con claridad. Tienen nombres, gustos y comportamientos diferentes. También muestran diferencias psicológicas. Así, por ejemplo, una personalidad parcial puede ser alérgica a una sustancia y la otra no. Las particularidades del carácter de los *alters* son, a menudo, opuestas a las del *host*. La medida en que las diferentes identidades cooperan mutuamente en un trastorno de identidad disociativo (es decir, tienen acceso mutuo a los recuerdos y acciones y pueden coordinar el cambio de las personalidades parciales) es diferente en cada afectado.

Si existe un trastorno de identidad disociativo, a menudo aparecen también los siguientes síntomas:

- Depresiones
- Imágenes de recuerdos de experiencias traumáticas (*flashbacks*) cuyo desencadenante son, a menudo, estímulos aparentemente neutrales (por este motivo, es habitual que en los textos sobre el trastorno de identidad disociativo las palabras que constituyen un posible estímulo aparecen marcadas con asteriscos, como por ejemplo, en: m*trato s*xsual).

- Miedos
- Episodios de automutilación e intentos de suicidio
- Agresiones
- Dolor de cabeza
- Abuso de alcohol o drogas
- Trastornos alimenticios
- Comportamiento obsesivo compulsivo
- Percepción de voces (de las otras personalidades)

3.1.9 Trastorno de despersonalización

Las personas con este trastorno pueden presentar un perfil cognitivo con deficiencias en atención, memoria a corto plazo o razonamiento espacial. Puede que se distraigan con facilidad y tengan dificultades para percibir objetos tridimensionales.

Aunque no se conoce con precisión cómo se desarrollan estas deficiencias perceptivas y cognitivas, parece que están relacionadas con la visión de túnel (distorsiones perceptivas) y el vacío mental (dificultades para captar nueva información).

Además de los síntomas de despersonalización y desrealización, la agitación interior creada por el trastorno puede guiar a la depresión, autolesiones, baja autoestima, ataques de ansiedad, ataques de pánico, fobias...

Aunque el trastorno es una alteración en la experiencia subjetiva de la realidad, no se trata de una forma de psicosis, ya que las personas que lo sufren mantienen la habilidad de distinguir entre sus propias experiencias internas y la realidad objetiva externa.

La forma crónica de este trastorno tiene una prevalencia de 0,1 a 1,9%. Mientras que pueden ocurrir de forma común episodios de desrealización o despersonalización en la

población general, el trastorno solo se diagnostica cuando los síntomas causan un malestar significativo o problemas en lo laboral, familiar o social.

Síntomas

Los episodios persistentes de despersonalización y desrealización pueden provocar malestar y problemas de funcionamiento en el trabajo, en el colegio o en otras áreas de la vida.

Durante estos episodios, la persona es consciente de que su sentido de desapego son solo sensaciones, no una realidad.

Síntomas de despersonalización

- Sensaciones de ser un observador externo de los pensamientos, sentimientos o sensación de estar flotando.
- Sensaciones de ser un robot o de no estar en control del habla o de otros movimientos.
- Sentir que el cuerpo, piernas o brazos están distorsionados o alargados.
- Entumecimiento emocional o físico de los sentidos o de las respuestas al mundo externo.
- Sensaciones de que los recuerdos carecen de emociones, y de que puede que no sean los propios recuerdos.

Síntomas de desrealización

- Sensaciones de poca familiaridad con el ambiente externo, como estar viviendo en una película.
- Sentirse desconectado emocionalmente de la gente cercana.
- El ambiente externo parece distorsionado, artificial, incoloro o sin claridad.
- Distorsiones en la percepción del tiempo, como eventos recientes sentidos como el pasado distante.

- Distorsiones sobre la distancia, tamaño y forma de objetos.
- Los episodios de despersonalización o desrealización pueden durar horas, días, semanas o incluso meses.

En algunas personas, estos episodios se convierten en emociones permanentes de despersonalización o desrealización que pueden mejorar o empeorar.

En este trastorno, las sensaciones no están causadas directamente por drogas, alcohol, trastornos mentales u otra condición médica.

Diagnóstico

Criterios diagnósticos según el DSM-IV

A) Experiencias persistentes o recurrentes de distanciamiento o de ser un observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo (por ejemplo, sentirse como si se estuviera en un sueño).

B) Durante el episodio de despersonalización, el sentido de realidad permanece intacto.

C) La despersonalización provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la vida.

D) El episodio de despersonalización aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental, como la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, el trastorno por estrés agudo u otros trastornos disociativos, y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas o fármacos) o a una enfermedad médica (por ejemplo, epilepsia del lóbulo temporal).

ICE-10

En el ICE-10, este trastorno se llama trastorno de despersonalización-desrealización. El criterio diagnóstico es:

1. Uno de los siguientes:
 - síntomas de despersonalización. Por ejemplo, el individuo siente que sus sentimientos o experiencias son distantes.
 - síntomas de desrealización. Por ejemplo, los objetos, personas o el ambiente parece irreal, distante, artificial, sin color o sin vida.
2. Una aceptación de que se trata de un cambio espontáneo o subjetivo, no impuesto por fuerzas exteriores o por otras personas.

El diagnóstico no se debe dar en ciertas condiciones específicas, por ejemplo en intoxicaciones por alcohol o drogas, o junto con esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo o de ansiedad.

Causas

No se conoce la causa exacta de este trastorno, aunque han sido identificados factores de riesgo biopsicosociales. Los precipitadores inmediatos más comunes del trastorno son:

- Estrés severo.
- El abuso emocional en la infancia es un predictor significativo para su diagnóstico.
- Pánico.
- Trastorno depresivo mayor.
- Ingesta de alucinógenos.
- Muerte de una persona cercana.
- Trauma severo, como un accidente de coche.

No se conoce mucho sobre la neurobiología de este trastorno, aunque hay evidencia de que el córtex prefrontal podría inhibir circuitos neuronales que normalmente forman el sustrato emocional de la experiencia.

Este trastorno podría estar asociado con la desregulación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, el área del cerebro involucrada en la respuesta de “lucha o huida”. Los pacientes demuestran niveles anormales de cortisol y de actividad basal.

Cannabis

En algunos casos, el uso del cannabis puede guiar a estados disociativos como la despersonalización y la desrealización. A veces estos efectos pueden permanecer persistentes y resultar en este trastorno.

Cuando el cannabis se consume en una alta dosis durante la adolescencia, incrementa el riesgo de desarrollar este trastorno, especialmente en los casos en los que la persona está predispuesta a la psicosis.

El trastorno de despersonalización inducido por el cannabis ocurre normalmente en la adolescencia y es más común en chicos y en edades entre 15 y 19 años.

UNIDAD IV: TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD SEGÚN EL DSM-V

4.1 Paranoide

Las personas que padecen un **trastorno paranoide de la personalidad** presentan varias características notorias: sentimientos injustificados de sospecha y desconfianza hacia otras personas; hipersensibilidad; expectativa —sin justificación suficiente— de que serán explotados y dañados por los demás; y una tendencia a encontrar

Significados ocultos degradantes o mensajes amenazantes en conductas o comentarios inofensivos (por ejemplo, sospechar que un vecino saca la basura temprano para molestarlo). Para estas personas es muy difícil tener relaciones estrechas con otras personas porque Los individuos paranoides rara vez buscan ayuda clínica. Si una situación se vuelve tan difícil que se ven forzados a buscar ayuda (por ejemplo, si se requiere que trabajen muy cerca de otras personas), la labor más complicada del terapeuta es traspasar la barrera de la sospecha. También son hipersensibles a la crítica, por lo que se les dificulta de manera especial trabajar en puestos subordinados.

Sienten un fuerte temor de perder la independencia y el poder de dar forma a los eventos. La simple sensación de ocupar una posición de rango inferior o con menos poder es intolerable. Las personas con trastornos paranoides parecen frías, sin sentido del humor, intrigantes y mañosas. Estas características no promueven las relaciones estrechas y satisfactorias. Quizá porque tienen este tipo de personalidad son reservadas y rara vez intiman con los demás, muchas de sus extrañas ideas pasan inadvertidas.

A veces, su desempeño es insuficiente porque la preocupación de buscar motivos ocultos y significados especiales limita su capacidad para considerar y comprender las situaciones. Cuando surgen problemas, casi siempre se relacionan con el trabajo, ya que ésta es un área en la cual resulta difícil evitar los contactos interpersonales.

La tabla 10-5 presenta las principales características clínicas de la personalidad paranoide en el eje II del DSM-V Como ya se explicó, no todas las características tienen que estar presentes para que se utilice esta clasificación, pues cuatro o más de ellas pueden justificar

el diagnóstico. El índice de los diagnósticos de trastorno paranoide de la personalidad en estudios realizados en escenarios clínicos promedia alrededor de 6% de los casos (Tsang y Tohen, 2002). Los índices en la población general son tal vez de entre 0.5 y 2.5%, pero los hombres tienen más probabilidad de mostrar tendencias paranoides que las mujeres.

Características clínicas del trastorno paranoide de la personalidad
Se puede considerar que una persona que presenta por lo menos cuatro de estas características padece un trastorno paranoide de la personalidad.
1. Tiene la expectativa, sin bases suficientes, de que los demás lo quieren explotar o dañar
2. Pone en duda, sin justificación, la lealtad y confianza de compañeros y colegas
3. Busca significados amenazantes en frases o sucesos inofensivos
4. Guarda rencores o no perdona insultos o descortesías
5. Se niega a confiar en otras personas por el temor infundado de que la información se emplee en su contra
6. Percibe ataques contra su carácter o reputación que no son evidentes para otras personas y reacciona en forma rápida con enojo o contraataca
7. Tiene sospechas recurrentes, sin justificación alguna, con respecto de la fidelidad de su cónyuge o pareja sexual

4.2 Esquizoide

Las personas que padecen del **trastorno esquizoide de la personalidad** son reservadas, retraídas en el aspecto social y aislado. Prefieren las actividades de trabajo y pasatiempos solitarios, y carecen de capacidad para establecer relaciones cálidas y estrechas. Estas personas rara vez expresan sus sentimientos en forma directa. No sólo tienen pocas relaciones con otras personas, sino que además parecen desearlas muy poco. En cualquier caso, tienen pocas habilidades sociales, aunque sus patrones de lenguaje y conducta no son extraños ni excéntricos. También carecen de sentido del humor y parecen indiferentes a su entorno. Cuando en su libro *The White Album* Joan Didion

emplea la frase “sólo participa de manera marginal en lo cotidiano de la vida”, podría estar describiendo el aislamiento de las personas con trastorno esquizoide de la personalidad. Quizá debido a este alejamiento, los hombres que padecen estos trastornos rara vez se casan. Las mujeres son más propensas a casarse, pero, quizá en lugar de buscarlo, aceptan ofertas para contraer matrimonio. John, cuyo aislamiento se describió al principio de este capítulo, probablemente sería diagnosticado con un trastorno esquizoide de la personalidad. A pesar de que el sujeto del ejemplo siguiente no se quejaba de aislamiento social (los individuos esquizoides rara vez lo hacen), su existencia solitaria estable era parte central de su personalidad. También mostraba rigidez en su vida personal y no se preocupaba por lo que los demás opinaran de él, siempre y cuando lo dejaran solo.

Un contador blanco, soltero, de 46 años, buscó asesoría profesional por Consejo de un colega, debido a los sentimientos persistentes de insatisfacción Y depresión después de un cambio en su situación laboral. A pesar De que conservó su puesto en la compañía, donde había trabajado durante 20 años, muchas de sus responsabilidades más importantes habían Pasado a un colega más joven. Siempre había trabajado con Eficiencia en un puesto más bien autónomo, pero ahora sentía que su rutina Diaria de trabajo se había interrumpido y ya no tenía tareas importantes Que realizar. Resulta que siempre había estado aislado en el aspecto social, establecía contactos sociales que se limitaban a los conocidos en El trabajo, y seguía un patrón más bien prescrito —leer el periódico y ver Televisión—, como su pasatiempo por las noches. En ocasiones, veía a Una hermana que estaba casada y a su familia durante los fines de semana. Durante un tiempo había tolerado este estilo de vida limitado y Parecía relativamente indiferente ante las opiniones de sus compañeros De trabajo, siempre y cuando pudiera estar seguro de que se le asignaría Su cuota de cuentas. Su nueva posición lo dejó con menos trabajo y un Papel poco claro en la empresa. Sentía como “si le hubieran movido el Tapete”. Durante la consulta se comportó como un hombre callado que, A pesar de ser cooperativo, era difícil hacer que participara. Hablaba

Con poca emoción y en ocasiones murmuraba, no mostró ningún sentido de unión con otras personas en su vida, sino sólo con su “manera de Hacer las cosas”, que le resultaba en extremo difícil modificar (Sievert & Kendler, 1986, p.192).

Las respuestas emocionales de los individuos esquizoides parecen insulsas y frías. Las clases de frustraciones que incitan expresiones de enojo en la mayoría de las personas provocan poca hostilidad observable por parte de estas personas. En ocasiones parecen distraídos, absortos en sí mismos, con la mente ausente y no muy conscientes ni interesados por lo que sucede a su alrededor.

Algunas de estas personas pueden sostenerse si encuentran trabajos socialmente aislados. Sin embargo, muchas de ellas tienen problemas en el trabajo por el contacto con otras personas, que requiere la mayoría de los trabajos. Como las personas esquizoides no se molestan por la falta de relaciones personales, son malos prospectos para la terapia.

Al igual que con todos los trastornos de la personalidad, no se requiere de la presencia de todas las características para la clasificación. Dado que las personas con este trastorno tienen menor probabilidad de buscar tratamiento, es difícil estimar con cuánta frecuencia ocurre el trastorno esquizoide de la personalidad en la población en general.

Características clínicas del trastorno paranoide de la personalidad
Se puede considerar que una persona que presenta por lo menos cuatro de estas características padece un trastorno paranoide de la personalidad.
1. Tiene la expectativa, sin bases suficientes, de que los demás lo quieren explotar o dañar
2. Pone en duda, sin justificación, la lealtad y confianza de compañeros y colegas
3. Busca significados amenazantes en frases o sucesos inofensivos

4. Guarda rencores o no perdona insultos o descortesías
5. Se niega a confiar en otras personas por el temor infundado de que la información se emplee en su contra
6. Percibe ataques contra su carácter o reputación que no son evidentes para otras personas y reacciona en forma rápida con enojo o contraataca
7. Tiene sospechas recurrentes, sin justificación alguna, con respecto de la fidelidad de su cónyuge o pareja sexual

4.3 Esquizotípico

Las personas con **trastorno esquizotípico de la personalidad** se caracterizan por excentricidades de pensamiento, percepción, comunicación y conducta. Estas desviaciones nunca son tan extremas como las que se encuentran en los casos de esquizofrenia auténtica. Aun así, los clínicos en muchos casos sienten la necesidad de buscar la posibilidad de distorsiones importantes, como escuchar voces y tener ideas que no parecen tener sentido. El cuadro 10-1 muestra la manera en que los clínicos exploran estas posibilidades.

Las personas que padecen trastorno esquizotípico de la personalidad, al igual que las esquizoides, son retraídas, con emociones superficiales y carecen de capacidad para socializar. Sin embargo, los patrones de lenguaje de los dos grupos son muy diferentes. Las personas con trastorno esquizoide de la personalidad no muestran excentricidades de lenguaje, a pesar de que tal vez no cuenten con habilidades sociales. Por otra parte, las que padecen un trastorno esquizotípico de la personalidad no se dan a entender, ya sea porque emplean palabras y frases poco comunes o porque utilizan palabras de uso común en formas extrañas. También son propensos a expresar sus ideas de manera confusa. En ocasiones —normalmente cuando están estresados— su pensamiento se deteriora y expresan ideas que parecen delirantes. Estas características cognitivas y preceptuales son probablemente las más importantes para distinguir el trastorno esquizotípico del trastorno límite (que se estudiará más adelante) y del trastorno esquizoide.

La conducta de las personas que padecen de un trastorno esquizotípico de la personalidad puede, en algunas ocasiones, llegar a ser estafalaria. Gran parte del tiempo parecen ser suspicaces, supersticiosas y distantes.

Las características de este caso, que vale la pena hacer notar, incluyen la ausencia de amigos cercanos o confidentes, pensar que tiene poderes mágicos (preocuparse porque sus pensamientos de enojo puedan causar un daño a su hermano), afecto restringido (que se refleja en que estuvo “distante” durante la entrevista), lenguaje extraño (proporcionar detalles elaborados y con frecuencia irrelevantes) y ansiedad social. Debido a las excentricidades de pensamiento y lenguaje que manifiesta, este hombre se clasificaría como esquizotípico más que como esquizoide.

Es probable que los individuos esquizotípicos tengan un riesgo más alto que el promedio de padecer un episodio de esquizofrenia más adelante. Un seguimiento de 15 años de pacientes con trastorno esquizotípico de la personalidad sugiere que esta categoría representa un grupo que está en el límite entre la salud y la esquizofrenia (McGlashan, 1986). Debido a que se supone que muchos casos de esquizofrenia tienen un componente biológico hereditario, es probable que los individuos esquizotípicos compartan esta característica genética. Existe evidencia de que el trastorno esquizotípico de la personalidad es común entre individuos que tienen un gemelo o pariente cercano que padece esquizofrenia (Nuechterlein y cols., 2002; Siever y cols., 2002).

La tabla 10-7 presenta las características clínicas del trastorno esquizotípico de la personalidad. Las personas con trastornos paranoides, esquizoides y esquizotípicos tienen en común un grado de alejamiento social y manifiestan una conducta “extraña” o idiosincrásica que se puede observar en forma mucho más extrema en la esquizofrenia. El trastorno paranoide de la personalidad se caracteriza por la sospecha y desconfianza hacia los demás; el esquizoide, por la preferencia por las actividades solitarias, sin que necesariamente haya distorsiones en la percepción de la realidad; y el esquizotípico, por la excentricidad y las distorsiones cognitivo-perceptuales.

Debido a las superposiciones entre estas dos conductas extrañas y excéntricas y, entre éstas y otras clasificaciones de los ejes II y I, no existe un acuerdo total sobre su singularidad clínica. Tal vez el acuerdo es menor con respecto al trastorno esquizotípico de la personalidad porque la investigación demuestra que con frecuencia se relaciona de manera estrecha con la esquizofrenia y tal vez sólo sea una forma más leve de ese trastorno. Sin embargo, la clasificación esquizotípica sí cumple con los requerimientos del eje II sobre los patrones duraderos de percibir, relacionarse con el entorno y los pensamientos sobre éste y uno mismo. Los criterios para diagnosticar el trastorno esquizotípico de la personalidad incluyen alteraciones persistentes en la percepción y cognición de las relaciones entre uno mismo y los demás. Estas alteraciones no se limitan a los periodos de estrés; están presentes casi todo el tiempo. Es necesario investigar más para establecer la contribución que esta clasificación del eje II puede hacer al proceso de diagnóstico.

Características clínicas del trastorno esquizotípico de la personalidad
Se puede considerar que una persona padece de un trastorno esquizotípico de la personalidad si presenta por lo menos cinco de estas características.
1. Ideas de referencia inapropiadas (la creencia de que la conversación, sonrisas u otras acciones de las personas se refieren a ella)
2. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse con temores paranoides en lugar de juicios negativos
3. Creencias extrañas o pensar que tiene poderes mágicos (por ejemplo, “otras personas pueden experimentar mis sentimientos”)
4. Experiencias perceptuales poco comunes, incluyendo ilusiones corporales
5. Lenguaje y pensamiento extraños (por ejemplo, muy vago, circunstancial, demasiado elaborado).
6. Ideas paranoides o suspicacia
7. Comportamiento o apariencia extraños o excéntricos (por ejemplo, gesticulaciones poco comunes, hablar consigo mismo, lenguaje extraño).

8. No tiene amigos cercanos ni confidentes (o quizá tiene sólo uno) que no sean familiares, sobre todo debido a la falta de deseo de contacto, la incomodidad constante con los demás o excentricidades.

9. Afecto inapropiado o restringido (por ejemplo, es frío, distante).

Antisocial

El **trastorno antisocial de la personalidad** se asocia con el crimen, la violencia y la delincuencia que ocurren después de los 15 años de edad. Este diagnóstico no se da hasta los 18 años; sin embargo, sus características esenciales incluyen un historial continuo y crónico de trastorno de conducta, en el periodo antes de cumplir los 15 años. Después de esta edad, el individuo debe mostrar un patrón dominante que indique el desprecio por los derechos de otros y violaciones a estos derechos.

El asesino convicto Gary Gilmore encaja bien en esta descripción (ver el cuadro 10-3). Aunque sus características antisociales puedan haberlo llevado a cometer crímenes, es importante distinguir entre la conducta criminal o agresiva y el trastorno antisocial de la personalidad.

Desde el punto de vista de la psicología anormal, las propiedades distintivas de la personalidad antisocial no son tanto los actos que realizan en particular (por ejemplo, robar un banco o hurtar en las tiendas), sino su particular y profundamente arraigado enfoque hacia la vida. Siempre parecen participar en un juego en el cual los otros individuos son piezas para manipular y utilizar, y es este juego lo que lleva a estas personas a meterse en problemas con la ley. En su peor momento, las personas con trastorno antisocial de la personalidad pueden ser crueles, sádicas y violentas. Rara vez muestran ansiedad y no sienten culpa.

Los freudianos sostienen que la mente de quien padece este trastorno carece por completo del papel de “oficial de la policía moral” del superyó. Las personalidades antisociales no se ven a sí mismas como la causa de sus problemas; en lugar de eso, creen

que sus aspectos agresivos son el resultado de las fallas de otras personas. A pesar de su frecuente violación de los derechos de otros, muchos individuos con este trastorno no tienen antecedentes penales. Un amplio estudio epidemiológico de la comunidad descubrió que más de la mitad de las personas cuyos antecedentes hicieron que se clasificaran como personas con trastorno antisocial de la personalidad no tenían antecedentes importantes de arrestos, a pesar de su conducta antisocial continua y crónica (Robins y Regier, 1991). Era poco probable encontrar a dichas personas en un escenario clínico tradicional, excepto en circunstancias en las que a ellas mismas les parecía que si buscaban ayuda podrían evitar las consecuencias legales de sus acciones.

Características clínicas del trastorno antisocial de la personalidad
Se puede considerar que una persona que presenta por lo menos tres de estas características, si tiene por lo menos 18 años y ha mostrado estas conductas antes de los 15 años padece de trastorno antisocial de la personalidad.
1. Incapacidad para cumplir las normas sociales (violar la ley)
2. Falsedad; manipulación
3. Impulsividad; no puede planear
4. Irritabilidad; agresividad
5. Ignora de manera imprudente la seguridad de él mismo y de otros
6. Irresponsabilidad consistente
7. Falta de remordimiento después de haber herido, maltratado o robado a otra persona

4.5 Limite

El **trastorno límite de la personalidad** se reconoció oficialmente como un diagnóstico en 1980. Desde ese momento, la categoría límite se ha empleado con tanta frecuencia, que de 10 a 20% de los pacientes psiquiátricos reciben este diagnóstico y se calcula que se presenta tal vez en 6% de la población en general (Gross y cols. 2002; Hyman, 2002).

Alrededor de dos tercios de las personas con trastorno límite de la personalidad son mujeres. Un grupo de individuos heterogéneo recibe este diagnóstico, pero comparten varias características, incluyendo las relaciones personales inestables, amenazas de conductas autodestructivas, un rango crónico de distorsiones cognitivas, miedo al abandono e impulsividad.

La dependencia intensa y la manipulación caracterizan las relaciones interpersonales de las personas que padecen del trastorno límite de la personalidad, por lo cual la interacción con ellos es una tarea muy difícil. Parecen desear una relación dependiente y exclusiva con otra persona. Este deseo de dependencia está claro para los observadores externos, pero el individuo con personalidad límite lo niega con vehemencia. Como parte de esta vehemente negación, devalúan o desacreditan las virtudes e importancia personal de los demás. Esta condición suele adoptar la forma de enojo extremo cuando la otra persona establece límites para la relación o cuando está a punto de ocurrir una separación. Además del enojo, el individuo con personalidad límite emplea el comportamiento manipulador para controlar las relaciones, como quejarse de síntomas físicos y proferir y poner en práctica amenazas de autodestrucción.

Las conductas autodestructivas se conocen como “la especialidad conductual” de quienes padecen el trastorno límite de la personalidad.

Los más comunes son la sobredosis de drogas y la automutilación, así como las amenazas de suicidio. Un estudio encontró que en un periodo de 27 años, 10.3% de los pacientes límite se habían suicidado y 7.9% habían muerto de otras maneras (Paris y Zweig-Frank, 2001). En años recientes, la bulimia severa se ha convertido en una táctica autodestructiva común. Estas conductas están diseñadas para provocar una respuesta de “salvación” por parte de otra persona importante. Quienes padecen este trastorno son una carga constante para la policía y los hospitales.

La autodestrucción es la característica de los individuos con personalidad límite que genera más problemas para las personas que tratan de ayudarles. Los esfuerzos maliciosos

del paciente por la autodestrucción alientan y reducen alternadamente la esperanza del terapeuta de salvar una vida en peligro. Los terapeutas suelen experimentar intensos sentimientos de responsabilidad por los pacientes con personalidad límite. Sus esfuerzos iniciales por apoyarlo cuando amenaza con suicidarse pueden llevar a una mayor responsabilidad por la vida del paciente y a que el terapeuta se comprometa más, fuera de las sesiones de terapia. A menos que la naturaleza controladora de las respuestas del paciente se interprete en las sesiones de terapia, la situación se puede volver insostenible para el terapeuta.

Es necesario hacerle entender que no puede manipular al terapeuta con amenazas suicidas y que debe esforzarse por comprender estas necesidades autodestructivas sin ponerlas en práctica. Si este esfuerzo no tiene éxito, las amenazas de autodestrucción se volverán a presentar y el riesgo será aún mayor si el terapeuta no responde en forma adecuada

Cómo distinguir a los individuos con personalidad límite de otros grupos

La palabra “límite” sugiere un nivel marginal de funcionamiento, algo que está a punto de convertirse en otra cosa. En su acepción original, el término se empleó para describir una forma marginal o más leve de esquizofrenia. Hoy en día, algunos investigadores sostienen que los pacientes límite en realidad representan el límite entre los trastornos de la personalidad y del estado de ánimo. De hecho, a aproximadamente la mitad de las personas que padecen el trastorno límite de la personalidad también se les puede diagnosticar un trastorno del estado de ánimo.

También es probable que esos individuos tengan antecedentes familiares de un trastorno del estado de ánimo. Sin embargo, las personas con otro tipo de trastorno de la personalidad son por igual propensas a la depresión. Es más probable que sus parientes compartan este diagnóstico que familiares de quienes tienen otro trastorno de la personalidad, es decir, el trastorno parece “reproducirse”.

Algunas veces los pacientes que son diagnosticados con personalidad límite parecen similares a los diagnosticados como esquizotípicos. Sin embargo, las categorías esquizotípica y límite enfatizan aspectos diferentes. La categoría esquizotípica subraya los síntomas cognitivos: pensamientos de desconfianza y de que se tienen poderes mágicos. La categoría límite hace hincapié en los síntomas afectivos o emocionales: sentimientos de inestabilidad emocional, vacío, aburrimiento y enojo inapropiado e intenso. Los individuos esquizotípicos están aislados en el aspecto social; por el contrario, los individuos límite no soportan estar solos. No solamente existen superposiciones con la depresión y otros trastornos de la personalidad, sino que también existe considerable comorbilidad con los trastornos del eje I (Zimmerman y Mattia, 1999). Por ejemplo, los diagnosticados con trastorno límite son mucho más propensos a tener un diagnóstico del eje I de trastornos de estado de ánimo, de ansiedad, de la conducta alimentaria, somatomorfos y de uso de sustancias que los que no lo padecen.

Características clínicas del trastorno límite de la personalidad
Se puede considerar que una persona padece de un trastorno límite de la personalidad si presenta por lo menos cinco de estas características.
1. Esfuerzos desesperados por evitar un abandono real o imaginario
2. Relaciones interpersonales inestables e intensas
3. Sentido del yo persistente y muy desequilibrado, distorsionado o inestable (por ejemplo, un sentimiento de que no existe o representa el mal)
4. Impulsividad en áreas como el sexo, el consumo de sustancias, el crimen o la imprudencia al manejar
5. Pensamientos, gestos y conductas suicidas recurrentes
6. Inestabilidad emocional con periodos de depresión, irritabilidad o ansiedad extremas
7. Sentimientos crónicos de vacío
8. Enojo intenso inapropiado o falta de control del enojo (por ejemplo, pérdida del control de sí mismo, peleas físicas recurrentes).
9. Pensamientos paranoides pasajeros relacionados con el estrés o severos síntomas disociativos

4.6 Histriónica

Para las personas que padecen del **trastorno histriónico de la personalidad** captar la atención de otros es una prioridad. Su lema podría ser “Todo el mundo es un escenario”;

en sus relaciones interpersonales con frecuencia representan un papel, como el de “la estrella” o “la víctima”. A los demás, estas personas les parecen vanidosas e inmaduras, y tienden a hablar de manera dramática, exagerada y demasiado efusiva.

Esta clasificación se utiliza en casos que se caracterizan por su expresión o emoción exagerada, relaciones interpersonales tormentosas, actitud egocéntrica y manipulación. La manipulación se puede manifestar en ademanes, amenazas o intentos de suicidio, así como en otras conductas que captan la atención como males físicos dramáticos.

Los individuos histriónicos casi siempre reaccionan demasiado rápido ante las situaciones que requieren de algún análisis y reflexión. No siempre centran su atención el tiempo suficiente para percibir los detalles de una situación, como resultado tienden a responder con generalidades que tienen un matiz emocional. Cuando se pide a las personas con personalidad histriónica que describan algo, casi siempre responden con impresiones en lugar de realidades. Por ejemplo, un terapeuta que revisaba el historial del caso de una cliente, se esforzó varias veces por obtener una descripción del padre de ésta e informó que la cliente “parecía... tener dificultades para entender la clase de datos que me interesaban y lo mejor que pudo decir fue, “¿Mi padre? ¡Era un tiro! Eso es, ¡Un tiro!” (D. Shapiro, 1965, p. 111).

Los individuos histriónicos muy a menudo operan con base en corazonadas y tienden a detenerse ante lo obvio. No sólo son susceptibles a sugestionarse y a dejarse influenciar por la opinión de los otros, sino que además se distraen con facilidad. Es fácil captar su atención, pero también es muy sencillo que ésta cambie hacia otra dirección. De modo que su comportamiento tiene una calidad dispersa. Estos problemas de atención también provocan que las personas histriónicas parezcan increíblemente ingenuas ante las cosas triviales.

Las personas histriónicas suelen no sentirse amadas, por lo que reaccionan a este sentimiento tratando de hacerse sexualmente irresistibles. Las mujeres en particular visten y se comportan en forma seductora, aunque en realidad no desean una actividad sexual

íntima. La tabla 10-8 presenta varias características clínicas que se observan con frecuencia en casos del trastorno histriónico de la personalidad. Las mujeres son más propensas que los hombres a reunir los criterios de este trastorno (Cale y Lilienfeld, 2002).

Características clínicas del trastorno histriónico de la personalidad
Se puede considerar que una persona padece de un trastorno histriónico de la personalidad si presenta por lo menos cinco de estas características.
1. Expresión de emociones que cambian con rapidez, pero son poco profundas
2. Se preocupan demasiado por el atractivo físico
3. Apariencia o comportamiento demasiado seductores
4. Se siente incómodo cuando no es el centro de atención
5. Lenguaje en exceso impresionista, carente de detalles
6. Es intolerante o se frustra en exceso ante situaciones que no funcionan precisamente como lo desea
7. Considera que las relaciones tienen más intimidad de la que en realidad tienen (por ejemplo, cuando se refiere a un conocido como “querido, querido amigo”)
8. Expresiones exageradas de emoción con mucha dramatización

4.7 Narcisista

La palabra *narcisismo* proviene del mito clásico acerca de un hombre joven, Narciso, quien se enamoró de su reflejo en un estanque. Como nunca pudo aprehender su propia imagen, se desesperó y murió de angustia.

Varios factores críticos desempeñan un papel en el **trastorno narcisista de la personalidad**: una sensación extrema de importancia de sí mismo y la expectativa de favores especiales, una necesidad de atención constante, autoestima frágil y carencia de empatía o atención hacia los demás. Las personas con este trastorno se preocupan por fantasías de éxito ilimitado, inteligencia, poder, belleza y relaciones amorosas ideales. Tal

vez consideran que sus problemas son únicos y sienten que sólo las personas que son igualmente especiales pueden entenderlas.

Contiene las características que con frecuencia se presentan en el trastorno narcisista de la personalidad. Al igual que con otros trastornos de la personalidad, no tienen que estar presentes todas las características clínicas para que se aplique la clasificación. Más bien, las características de la tabla se pueden considerar como prototipos o compuestos del trastorno narcisista.

La presencia de más de la mitad de los rasgos en un caso determinado justificaría el uso del diagnóstico. La categoría de trastorno narcisista de la personalidad se incluyó en el DSM porque los profesionales en salud mental observaron un incremento en los casos en los cuales el problema parecía ser una preocupación excesiva por sí mismo y un sentido exagerado de la importancia y singularidad propias. Además, en años recientes, varios psicoanalistas han centrado su atención en el desarrollo personal durante los primeros años de vida, el desarrollo del yo como una entidad separada y el narcisismo como un aspecto del desarrollo de sí mismo. Se ha investigado relativamente poco sobre la clasificación del trastorno narcisista de la personalidad.

Características clínicas del trastorno narcisista de la personalidad

Se puede considerar que una persona padece de un trastorno narcisista de la personalidad si presenta por lo menos cinco de estas características.

1. Sentido exagerado de la importancia de sí mismo, exageración de los logros y talentos personales y necesidad de que los demás reconozcan su superioridad
2. Preocupación por fantasías de éxito, poder y belleza ilimitados
3. Sentido de la condición especial y única que pueden apreciar sólo las otras personas o instituciones especiales o de alto nivel (por ejemplo, los patrones)

4. Exige admiración y atención excesivas
5. Sentido de derecho a todo, espera un trato en especial favorable o el cumplimiento automático de las expectativas personales
6. Explota a otras personas, se aprovecha de ellas
7. Carece de empatía por las necesidades y sentimientos de otras personas
8. Con frecuencia siente envidia de los otros o cree que éstos lo envidian (se resiente por los privilegios o logros de las personas que considera menos especiales o merecedoras)
9. Comportamiento o actitudes arrogantes o altaneras

4.8 Evitativa

El **trastorno de la personalidad por evitación** se caracteriza por baja autoestima, temor a la evaluación negativa y abstinencia conductual, emocional y cognitiva de la interacción social. En la terapia, las personalidades evitativas expresan un deseo de afecto, aceptación y amistad; sin embargo, poseen pocos amigos e intiman poco con otras personas.

El temor al rechazo desempeña un papel clave para que estas personas se alejen de las relaciones personales. No establecen una relación a menos que la otra persona les ofrezca una garantía poco común de aceptación sin crítica.

El retraimiento de las personalidades evitativas difiere del de los individuos con trastorno esquizoide de la personalidad porque, a diferencia de éstos, desean establecer relaciones. El conflicto que experimentan es por desear el afecto y, al mismo tiempo, dudar de la aceptación de los demás. No parecen ser capaces de liberarse de la creencia de que

cualquier intento de amistad terminará en dolor y desilusión. Están atrapados entre el deseo del contacto humano y el temor que les provoca. Los individuos que padecen estos trastornos parecen tímidos y aislados, y tal vez también fríos y extraños, para aquellas personas que tienen un contacto superficial con ellos.

Sin embargo, para quienes los conocen bien, parecen ansiosos y en extremo sensibles. Algunos de estos sentimientos provienen de las dudas sobre su propia competencia. Un mecanismo que los individuos con trastorno de la personalidad por evitación pueden utilizar es la hipervigilancia. Continuamente evalúan todos sus contactos con los seres humanos para encontrar señales de decepción, humillación o reacciones negativas.

Como resultado de ello, son capaces de detectar el más mínimo rastro de indiferencia o molestia. Crean tormentas en un vaso de agua. Sin embargo, esta técnica de revisar continuamente el entorno es autodestructiva porque aumenta la probabilidad de que encuentren la clase de respuesta negativa que esperan. Además, su nerviosismo puede hacer que sus compañeros se sientan incómodos, lo que a la larga puede afectar la calidad de sus relaciones con otros.

Otra maniobra que utilizan las personalidades evitativas es reducir su rango de actividades para evitar los estímulos molestos. Un individuo con trastorno de la personalidad por evitación puede asistir sólo a una cantidad limitada de tiendas y restaurantes para evitar el encuentro con personas o situaciones extrañas, o tal vez hasta evitar salir de compras y realizar otras actividades cotidianas porque les parece que se van a cansar demasiado o se van a sentir incómodas. También exageran los peligros potenciales de ciertas situaciones; por ejemplo, suelen negarse a utilizar autobuses o trenes aunque otros individuos no duden de su seguridad.

La vida de las personas con trastorno de la personalidad por evitación está controlada por el temor de parecer tonto o sentirse avergonzado. Una consecuencia desafortunada de este retraimiento del contacto con los demás y las experiencias nuevas, es que les queda más tiempo para preocuparse por sus propios pensamientos y para recordar experiencias

dolorosas anteriores. Este retraimiento también inhibe el desarrollo de las habilidades sociales que podrían proporcionar más sentimientos de autosuficiencia para manejar las situaciones interpersonales. Los dos factores llevan a un círculo vicioso que hace que resulte más difícil establecer vínculos sociales nuevos.

El trastorno de la personalidad por evitación fue incluido en el sistema de clasificación oficial del DSM en 1980. Desde entonces se ha realizado poca investigación que permita comprender sus causas o los enfoques de tratamientos más eficaces. Una duda con respecto de este trastorno es como se diferencia de la fobia social.

Una diferencia es que los pacientes diagnosticados con personalidad evitativa con frecuencia muestran menores habilidades sociales que los que padecen fobia social. Se requiere mayor investigación para evaluar la superposición entre el trastorno de la personalidad por evitación y otras clasificaciones (Alden y cols., 2002).

Características clínicas del trastorno de la personalidad por evitación
Se puede considerar que una persona que presenta por lo menos cuatro de estas características padece de un trastorno de la personalidad por evitación.
1. Se anticipa y preocupa porque lo rechacen o critiquen en situaciones sociales
2. Tiene pocos amigos, a pesar de que desea tenerlos
3. No está dispuesto a involucrarse con las personas a menos que esté seguro de que les va a agradar
4. Evita las actividades sociales o profesionales que comprenden un contacto interpersonal significativo
5. Inhibe el desarrollo de relaciones íntimas (a pesar de que las desea) por el temor a parecer tonto, a hacer el ridículo o a sentirse avergonzado
6. Posee poco valor personal porque percibe en sí mismo falta de aptitudes sociales y de cualidades de atractivo personal

7. Por lo general, se niega a participar en situaciones o actividades nuevas por el temor a sentirse avergonzado

4.9 Dependiente

Las personas que padecen el **trastorno de la personalidad por dependencia** presentan dos características básicas. En primer lugar, permiten en forma pasiva que otras personas tomen todas las decisiones importantes en su vida, porque les falta confianza y se sienten incapaces de funcionar de manera independiente. En segundo lugar, para asegurarse de que no perderán su posición dependiente, someten sus propias necesidades a las necesidades y demandas de otros. Las personalidades dependientes temen a la separación y tienen una necesidad excesiva de que alguien las cuide. Como consecuencia, son sumisas y demasiado apegadas.

Los individuos dependientes tratan de ser tan complacientes que nadie podría desear abandonarlos. Si se les deja solos, se sienten vacíos, en extremo ansiosos e incapaces de funcionar. Tal vez sientan ansiedad incluso cuando la relación dependiente está intacta, debido a la preocupación constante de perder a la figura dominante de alguna forma, por ejemplo, por muerte o divorcio

Los individuos dependientes creen que deben actuar con sumisión y obediencia con el objeto de conservar a las demás personas. También se comportan de manera afectuosa y con admiración por sus protectores. En muchos casos, este comportamiento es eficaz.

Así, la parte dominante se sentirá útil, fuerte y competente, y deseará conservar la relación. Sin embargo, algunas veces las cosas salen mal. El individuo dominante quizá se cansa de la necesidad constante de demostrar afecto y apoyo y tal vez se comporte de manera abusiva o busque deshacerse del apego exagerado por parte de la pareja dependiente. A pesar de sus esfuerzos por integrarse, los individuos con personalidad dependiente tienen dificultades en el área de la conducta social. Pueden tratar con

demasiada insistencia de conseguir el apoyo, dirección y cuidado que desean de las otras personas.

El siguiente caso es un ejemplo de personalidad dependiente.

El sujeto permitió que su madre tomara la importante decisión sobre si debía casarse con su novia:

Matthew es un hombre soltero de 34 años, que vive con su madre y trabaja como contador. Recurrió al tratamiento porque se sentía muy infeliz después de terminar con su novia. Su madre desaprobaba sus planes de matrimonio, aparentemente porque la mujer tenía otra religión. Matthew se sintió atrapado y se vio forzado a elegir entre su madre y su novia, y como “la sangre es más espesa que el agua”, decidió no ir en contra de los deseos de su madre. No obstante, estaba enojado consigo mismo y con su madre, y creía que ésta nunca lo dejaría casarse y era posesiva con él. Su madre “llevaba los pantalones” en la familia y era una mujer muy dominante que acostumbraba salirse con la suya. Matthew le temía y se criticaba a sí mismo por ser débil, pero también la admiraba y respetaba sus decisiones; “Después de todo, tal vez Carol no era la persona indicada para mí”. Iba del resentimiento a la actitud de que “una madre sabe qué es lo mejor para su hijo”. Pensaba que su propia capacidad de decidir era muy limitada (Adaptado de Spitzer y cols., 1989, pp. 123-124).

Las causas de los trastornos de personalidad dependiente no están claras. Una posibilidad es que los individuos dependientes tuvieron padres sobreprotectores que les hicieron la vida tan fácil cuando era niños que nunca aprendieron habilidades de afrontamiento.

Otros teóricos han sugerido que los niños dependientes estaban unidos de manera insegura a su madre o a las personas que los cuidaban, o bien, que no tuvieron relaciones cercanas con otras personas durante la niñez. Hasta el momento, ambas ideas son hipótesis interesantes pero no comprobadas.

A pesar de que se han desarrollado algunos debates sobre el trastorno de la personalidad por dependencia como un problema clínico, aún se requiere de mucha información empírica. Sin embargo, un estudio examinó a una muestra grande de individuos hospitalizados con este diagnóstico, para obtener datos básicos de sus antecedentes y comorbilidad (Loranger, 1996). La mayoría eran mujeres de más de 40 años, mucho mayores que los pacientes con otros trastornos de personalidad. Además, los pacientes dependientes tenían mayor probabilidad de tener diagnósticos del eje I en el área de la depresión, que aquellos que padecían otros trastornos de personalidad. Se requiere de más investigación para determinar si este cuadro también se puede aplicar a pacientes externos.

Al igual que otros trastornos de personalidad que se han analizado, es necesaria más investigación sobre la superposición de este trastorno con otras condiciones, sus causas y las estrategias de tratamiento eficaces. Trabajar con clientes que padecen un trastorno de la personalidad por dependencia puede ser recompensante para el terapeuta cuando desarrollan la capacidad para funcionar de manera independiente, pero alcanzar ese punto puede ser difícil y frustrante. Muchas personas dependientes se rebelan en las primeras etapas de la terapia. Después, en algún momento, se dan cuenta de que la terapia no es una experiencia pasiva. Empiezan a comprender que ésta no es sólo cuestión de que alguien (el terapeuta) demuestre interés por ellos. Lo que sucede en ese momento puede ser un punto crítico en la terapia, o se puede convertir en un callejón sin salida.

Características clínicas del trastorno de la personalidad por dependencia
Se puede considerar que una persona que presenta por lo menos cinco de estas características padece de trastorno de la personalidad por dependencia.
I. Es incapaz de tomar decisiones cotidianas sin asesoría y apoyo excesivos de otras personas

2. Permite o alienta a los demás para que tomen decisiones importantes en su vida por ella (por ejemplo, si se debe casar, dónde debe vivir, si debe tener hijos)
3. Tiene dificultad para expresar su desacuerdo con otras personas por el temor a que se enojen o pierda su apoyo
4. Tiene dificultades para iniciar actividades en forma independiente debido a la falta de confianza en su juicio o habilidades personales
5. Hace cosas excesivas para obtener aceptación y apoyo de los demás
6. Se siente incómoda o indefensa cuando está sola debido a un temor exagerado a ser incapaz de cuidarse a sí misma
7. Cuando termina una relación estrecha, busca de manera indiscriminada otra relación que le ofrezca aceptación y apoyo
8. Con frecuencia se preocupa por el temor a tener que cuidar de sí misma

4.10 Obsesivo compulsivo

El **trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad** es similar al trastorno de la ansiedad obsesivo-compulsivo (que se estudió anteriormente) pero ambos trastornos son diferentes. Las personas que padecen el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad muestran una conducta rígida y limitada, pero no presentan un pensamiento obsesivo que parezca forzarse hacia la conciencia, y tampoco participan en la clase de rituales irracionales que realizan las personas con trastorno obsesivo-compulsivo. Las personas con este trastorno de ansiedad consideran que su conducta es desadaptada y perturbadora, pero no pueden dejar de comportarse de tal manera. Por otra parte, quienes padecen de trastorno de la personalidad por lo general muestran un comportamiento que es rígido y desadaptado pero que está bajo su control. Se requiere de una mayor investigación sobre el nivel de superposición entre el trastorno obsesivo-compulsivo del eje I y el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad del eje II.

El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad tiene varias características. Una de ellas es la falta de capacidad para expresar muchas emociones cálidas y tiernas. En su lugar,

la persona con este trastorno parece rígida, formal y muy seria. Dicho individuo puede ser demasiado concienzudo e inflexible en materia de moralidad.

El perfeccionismo extremo también es un problema porque se centra en los detalles pequeños y en la elaboración de normas en lugar de realizar el trabajo.

Esta rigidez lleva a una incapacidad para percibir el “panorama completo”. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad se caracteriza por la indecisión. Los individuos que padecen este trastorno tienen grandes dificultades para tomar decisiones porque se pueden equivocar. Su incapacidad para tomar decisiones puede llegar a tal extremo que pueden lograr relativamente poco. Su placer proviene de planear un trabajo, no de hacerlo. La tabla 10-18 presenta las características clínicas de este trastorno de la personalidad.

Una persona que padece el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad por lo general acude al tratamiento sólo cuando el estilo de vida que creó con tanto cuidado se ve amenazado. Esto puede suceder cuando un cónyuge se desespera y se va, cuando un jefe decide despedirlo por problemático o cuando existe una acumulación de sucesos estresantes que hacen imposible el desempeño normal. Con frecuencia, en estas circunstancias, se recomienda la psicoterapia. A pesar de que en el pasado el enfoque terapéutico era por lo regular psicodinámico y se centraba en los procesos inconscientes que estaban detrás del trastorno, en años recientes también se han empleado otros enfoques.

La perspectiva cognitiva dirige la atención hacia el contenido, el estilo y la estructura de los procesos de pensamiento del individuo, en la creencia de que el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad se caracteriza por la indecisión. Los individuos que padecen este trastorno tienen grandes dificultades para tomar decisiones porque se pueden equivocar. Su incapacidad para tomar decisiones puede llegar a tal extremo que pueden lograr relativamente poco. Su placer proviene de planear un trabajo, no de hacerlo. La tabla 10-18 presenta las características clínicas de este trastorno de la personalidad.

Una persona que padece el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad por lo general acude al tratamiento sólo cuando el estilo de vida que creó con tanto cuidado se ve amenazado. Esto puede suceder cuando un cónyuge se desespera y se va, cuando un jefe decide despedirlo por problemático o cuando existe una acumulación de sucesos estresantes que hacen imposible el desempeño normal. Con frecuencia, en estas circunstancias, se recomienda la psicoterapia. A pesar de que en el pasado el enfoque terapéutico era por lo regular psicodinámico y se centraba en los procesos inconscientes que estaban detrás del trastorno, en años recientes también se han empleado otros enfoques. La perspectiva cognitiva dirige la atención hacia el contenido, el estilo y la estructura de los procesos de pensamiento del individuo, en la creencia de que son los pensamientos irracionales y disfuncionales los que provocan el comportamiento desadaptado (Beck y cols., 1990). Por ejemplo, los pensamientos automáticos como “es necesario que realice esta tarea a la perfección” tal vez inhiban la espontaneidad y la expresión de los sentimientos. También se utilizan los planteamientos conductuales que emplean técnicas como la terapia de exposición, al igual que la terapia de grupo.

Características clínicas del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
Se puede considerar que una persona que presenta por lo menos cuatro de estas características padece de trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad.
1. Perfeccionismo que interfiere en la finalización de las tareas
2. Preocupación por los detalles, normas, listas y horarios
3. Renuente a delegar tareas o a trabajar con otros a menos que hagan las cosas exactamente como ella lo dice
4. Devoción excesiva al trabajo y la productividad hasta el punto de excluir las actividades de descanso y amistades
5. Exceso de conciencia e inflexibilidad para asuntos de moral o ética
6. El dinero se considera como algo que representa una seguridad para las catástrofes futuras y el gasto en sí mismo o en otras personas es muy limitado

7. Incapacidad para desechar objetos desgastados o sin valor, a pesar de que no tengan un valor sentimental

8. Comportamiento por lo general rígido y obstinado

4.11 Trastorno de personalidad

La idea de los trastornos de la personalidad como condiciones independientes (eje II del DSM-V), que pueden o no estar relacionados con los trastornos más tradicionales (eje I) es relativamente nueva. A pesar de que muchos clínicos han respondido positivamente a este nuevo sistema de clasificación de los distintos patrones de personalidad, quedan todavía muchas dudas (Costa y Widiger, 2002).

En este capítulo varias veces se ha hecho referencia a la necesidad de distinguir entre los diferentes trastornos de la personalidad, y de encontrar maneras de conceptualizarlos y tratarlos. Los estudios del trastorno límite de la personalidad superan por mucho los de otros trastornos de la personalidad del eje II, pero aún existe una gran falta de conocimiento sobre ellos y sobre otras categorías de los trastornos de la personalidad.

Dos preguntas que surgen de manera inevitable son: 1) ¿Los trastornos de la personalidad que se incluyen en el DSM-IV-TR son los correctos, es decir, se definen de una forma que contribuye a la confiabilidad y validez del diagnóstico? Y 2) ¿Existen trastornos de personalidad que no se incluyen en el DSM-IV-TR que deberían ser parte del sistema de clasificación? Es difícil para los profesionales responder a estas preguntas porque, excepto por unos cuantos trastornos de la personalidad (el más notable es la clasificación límite), la investigación es insuficiente. Con el uso cada vez mayor del eje II por parte de los clínicos y a medida que se acumulan las evidencias de la investigación, parece probable que las conceptualizaciones de los trastornos de la personalidad cambien, así como los criterios de diagnóstico.

La experiencia y la investigación clínicas también sugieren incluir en el eje II las clasificaciones de los patrones de personalidad que no están presentes en la actualidad.

Por ejemplo, algunas personas presentan un patrón sádico agudo de conducta cruel, exigente y agresiva hacia los demás; otras muestran un patrón autodestructivo o masoquista que lleva a la desilusión, el fracaso o el maltrato por parte de los demás; y existen todavía otras que presentan un estado de ánimo depresivo, en forma leve pero permanente, que está dominado por el rechazo y la melancolía. El hecho de que éstos y otros patrones de personalidad también se deban incluir en el eje II es, en la actualidad, un tema de debate entre clínicos e investigadores.

Otro tema importante es la forma en que la información sobre los trastornos de la personalidad se puede presentar de manera más eficaz. En la actualidad, el eje II utiliza un modelo de clasificación prototípico, en el cual se considera que un trastorno se diagnostica si se alcanza o excede cierto nivel de criterios. Como ya se vio en los cuadros con las características clínicas que se presentan en este capítulo, no es necesario que estén presentes todos los criterios para aplicar una clasificación en particular.

En contraste con este modelo de clasificación, un **modelo dimensional** centra la atención en los patrones de las características de personalidad. En un enfoque dimensional, una persona se clasificaría como que no presenta un trastorno de la personalidad por dependencia o antisocial, sino un patrón de personalidad que refleja la posición del individuo en una variedad de dimensiones. El valor de un enfoque dimensional es que da como resultado un perfil de cada persona que se clasifica. Una alternativa sería un perfil de clasificaciones de la gravedad de los diversos tipos de patrones de personalidad desadaptada. Es importante reconocer 1) la naturaleza continua del funcionamiento de la personalidad, y 2) el hecho de que los trastornos de la personalidad son variantes desadaptadas de las características comunes de la personalidad. Un ejemplo del enfoque dimensional sobre la personalidad es el Modelo de los Cinco Factores (Costa y Widiger, 2002), el cual evalúa las cinco dimensiones de la personalidad que se cree están relacionados con varios grados de la conducta normal y trastornada. Los cinco factores son:

I. **Neuroticismo** Ansiedad, enojo, depresión, impulsividad

2. **Extraversión** Calidez interpersonal, sociabilidad, asertividad
3. **Apertura a la experiencia** Capacidad para imaginar o aceptar nuevas ideas y experiencias
4. **Agradabilidad** Confianza en los demás, franqueza, modestia
5. **Escrupulosidad** Conciencia de los deberes, autodisciplina, competencia