

# TRASTORNOS MENTALES

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROEDUCACIÓN  
FORMACIÓN CIENTÍFICA Y ESPECIALIZADA



<b>CONTENIDO</b>	<b>PAGINA</b>
INTRODUCCIÓN	2
¿QUÉ SON LAS ENFERMEDADES MENTALES?	3
ELEMENTOS PARA ENTENDER LA SALUD MENTAL	3
RELACIÓN ENTRE ENFERMEDAD MENTAL Y ENFERMEDAD FÍSICA	4
CALIDAD DE VIDA Y AUTODETERMINACIÓN EN SALUD MENTAL	5
¿QUÉ CAUSA LOS TRASTORNOS MENTALES?	10
¿CUÁLES SON LOS TRATAMIENTOS DE LAS ENFERMEDADES MENTALES?	11
CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES	12
DEPRESION	12
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	14
DEMENCIA	15
TRASTORNOS DEL DESARROLLO	16
TRASTORNOS D E LA ANSIEDAD	17
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO	22
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	26
TRASTORNOS PSICOTICOS	42
TRASTORNOS RELACIONADOS CON LAS SUSTANCIAS	47
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	50
TRASTORNO DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS	53
TRASTORNOS SOMATOMORFICOS	58
TRASTORNOS DISOCIATIVOS	61
TRASTORNOS FACTICIOS	66
TRASTORNO ADAPTATIVO	67
TRASTORNOS SEXUALES	68
TRASTORNOS DEL SUEÑO	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76



## INTRODUCCIÓN

La salud mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores: sociales, ambientales, biológicos y psicológicos, e incluye padecimientos como la depresión, la ansiedad, la epilepsia, las demencias, la esquizofrenia, y los trastornos del desarrollo en la infancia, algunos de los cuales se han agravado en los últimos tiempos.

En este sentido, se ha vuelto de suma importancia el estudio de los trastornos mentales para comprenderlos, plantear la intervención adecuada para cada uno de ellos y lograr que la población conserve la salud mental, además de la salud física, depende, en gran parte, de la realización exitosa de acciones de salud pública, para prevenir, tratar y rehabilitar. Sin embargo también es necesario que la persona se mantenga atenta a sus propios cambios y equilibrio.





## **¿QUÉ SON LAS ENFERMEDADES MENTALES?**

Las enfermedades o trastornos mentales son afecciones que impactan su pensamiento, sentimientos, estado de ánimo y comportamiento. Pueden ser ocasionales o duraderas. Pueden afectar su capacidad de relacionarse con los demás y funcionar cada día.

### **ELEMENTOS PARA ENTENDER LA SALUD MENTAL.**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es el “bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación”.

Dentro de las necesidades básicas del ser humano se encuentra la salud, es por ello que gobiernos, comunidades, familias y personas se preocupan siempre por conservar y mantener niveles óptimos o “saludables”. Len Doyal y Ian Gough definen las necesidades humanas básicas y estipulan lo que las personas deben lograr si han de evitar el daño serio y sostenido. En estos términos, daño serio, se entiende como “estar fundamentalmente incapacitado para perseguir lo que uno considera lo bueno”. El argumento desemboca en las necesidades básicas: “Puesto que la sobrevivencia física y la autonomía personal son precondiciones de cualquier acción individual en cualquier cultura y constituyen las necesidades humanas más básicas (aquellas que deben satisfacerse en algún grado antes que los actores puedan efectivamente participar en su forma de vida buscando alcanzar otras metas)”.



La sobrevivencia no es suficiente, ya que constituye una necesidad humana básica la salud física. Para desempeñarse adecuadamente en sus vidas diarias la gente no sólo necesita sobrevivir, necesita también poseer una módica salud básica. El nivel de autonomía, entendida como la capacidad de iniciar una acción, la capacidad de formular propósitos y estrategias, e intentar ponerlas en acción, está determinado por tres variables según Doyal y Gough: el nivel de entendimiento de nosotros mismos, de nuestra cultura, y de lo que se espera de nosotros; la capacidad psicológica de formular opciones para uno mismo (su salud mental); y las oportunidades objetivas de actuar en consecuencia y la libertad implicada en ello.

### **RELACIÓN ENTRE ENFERMEDAD MENTAL Y ENFERMEDAD FÍSICA**

Esta relación es muy estrecha ya que existe una gran variedad de enfermedades médicas que dan como resultado trastornos mentales claramente identificados y a los que se han denominado secundarios.

Son numerosas las enfermedades médicas que generan trastornos mentales en individuos susceptibles, entre éstas predominan las endocrinológicas, las cardiopatías, las inmunológicas y las neurológicas. Relativo a lo orgánico. Relativo a lo psíquico o mental. En lenguaje técnico se habla de Comorbilidad psiquiátrica con enfermedades médicas. Ejemplo de esto es la alta proporción de pacientes diabéticos, padecimiento que tiene una prevalencia del 10% en la población y que provoca trastornos depresivos y cambios de personalidad secundarios al procedimiento médico. También, más de 50% de pacientes con enfermedad vascular cerebral (EVC) presentan trastornos mentales, principalmente alteraciones del estado de ánimo.





## CALIDAD DE VIDA Y AUTODETERMINACIÓN EN SALUD MENTAL

Calidad de vida y autodeterminación, son dos conceptos que en los últimos años según Escandón Carrillo, han sido objeto de numerosos estudios para encontrar la relación que guardan entre sí. Esto con el fin de mejorar las condiciones de vida de los enfermos mentales y sus familiares.



Concepto de calidad de vida. El estudio de la calidad de vida constituye un área de interés que atañe a múltiples profesiones. El término "calidad de vida" apareció en el año 1975 y, aunque los orígenes de este concepto se sitúan en el ámbito de la medicina, el interés por él se ha extendido a otras disciplinas, como la sociología y la Psicología (Moreno y Ximénez, 1996).

El concepto de calidad de vida -según TEVA Inmaculada- es “difícil de definir, ya que se trata de un término global y multidisciplinar. Además, hay que considerar los aspectos objetivos y subjetivos al momento de definirla. Por otra parte, es necesario tener en cuenta que el concepto de calidad de vida debe considerarse desde una perspectiva cultural, puesto que cambia dependiendo de las culturas, el momento histórico y la sociedad. Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida implicaría una serie de componentes, todos ellos de carácter objetivo, que son la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, los vestidos, el ocio y los derechos humanos.” Sin embargo -continúa TEVA inmaculada-, es importante atender el aspecto subjetivo, esto es, las percepciones de las personas acerca de esos componentes objetivos.



Aunque no existe un consenso acerca de una definición de calidad de vida, los expertos afirman que es un concepto que implica el funcionamiento conductual y el bienestar psicológico subjetivo. Diferentes autores han elaborado definiciones de calidad de vida en términos de la satisfacción personal en distintos ámbitos, que oscilan entre los aspectos materiales y financieros hasta los políticos y otros referidos al bienestar, que afirma que es “un cuerpo de trabajo relacionado sobre el bienestar psicológico, funcionamiento social y emocional, estado de salud, desempeño funcional, satisfacción con la vida, apoyo social y un patrón de vida, mediante el cual son utilizados los indicadores normativos, objetivos y subjetivos del funcionamiento físico, social y emocional”.

Ardila (2003) propone a su vez una definición de calidad de vida más integradora y actual: Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos, el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida.

Un aspecto relevante es la evaluación de los factores psicológicos, que se han convertido en una característica clave de las medidas de calidad de vida; entre estos componentes, la salud es uno de los principales ya que influye de forma directa e indirecta en aquélla; de forma directa, puesto que las actividades cotidianas que realiza el ser humano dependen del estado de salud, y de forma indirecta, debido a que afecta a otros aspectos presentes en la calidad de vida de las personas, como son las relaciones sociales, el ocio y la autonomía.



## **Calidad de vida relacionada con la salud**

Involucra el funcionamiento y los síntomas físicos, los factores psicológicos y los aspectos sociales. Los efectos secundarios de naturaleza psicológica de los padecimientos crónicos suelen aparecer a lo largo del tratamiento. Por tanto, es crucial tratar la cuestión referida a la calidad de vida relacionada con la salud, toda vez que los tratamientos farmacológicos pueden afectarlos, así como la propia situación de vivir con una enfermedad crónica.

El estudio de la calidad de vida se está centrando en las enfermedades crónicas, como la artritis reumatoide. En esta misma línea, existe interés por el estudio de la calidad de vida de aquellos pacientes con enfermedades avanzadas, progresivas e incurables que han ingresado en las unidades de cuidados paliativos. Con respecto a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud es un concepto multidimensional que debe incluir -de acuerdo con Teva, Inmaculada- los siguientes aspectos:

- 1) El funcionamiento físico, que incluye el cuidado personal, el desempeño de actividades físicas y de roles;
- 2) Los síntomas físicos relacionados con la enfermedad o su tratamiento; afecta la calidad de vida puesto que a los síntomas propios de la enfermedad hay que añadir la pérdida de un número considerable de actividades cotidianas. Las investigaciones realizadas han mostrado que los pacientes con artritis reumatoide tienen una peor calidad de vida que la población general
- 3) Los factores psicológicos, que aglutinen desde el estado emocional -por ejemplo, la ansiedad y la depresión- hasta el funcionamiento cognoscitivo, y
- 4) los aspectos sociales, es decir, las relaciones sociales de la persona con los demás.





Así, es importante distinguir entre calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud. Si se comparan, se observa que ésta última es más descriptiva, se centra en aspectos del estado de salud, y relaciona directamente la calidad de vida con el concepto de enfermedad.



**El concepto de autodeterminación.** Se utilizó inicialmente en la evaluación de programas como principio de garantía de bienestar y calidad de vida. En los últimos años se ha empleado como una dimensión importante dentro de los programas de rehabilitación psicosocial. Así, la atención en salud mental se centró más en los usuarios y familiares, y menos en los profesionales.

Los modelos de calidad de vida que más importancia han dado al concepto de autodeterminación consideran que la percepción subjetiva del paciente debe tenerse en cuenta al diseñar las distintas intervenciones o los programas de rehabilitación. A partir de esta concepción, la cual ha sido caracterizada como la “reforma psiquiátrica” se comenzó a ver, desde la perspectiva del paciente, la necesidad de mejorar su calidad de vida mediante una mayor participación suya



en los servicios de salud mental, así como en las decisiones y la planificación del tratamiento.

Evaluar la satisfacción del paciente con la atención prestada por los dispositivos socioasistenciales permitió ver la necesidad de mejorar su autonomía. Para conseguir este objetivo, se tuvieron en cuenta sus opiniones, deseos y necesidades, y se promovió además su integración a la comunidad. Así la percepción del paciente acerca de su calidad de vida y de su propia realidad es una variable que ya forma parte de muchos programas de rehabilitación psicosocial diseñados en los últimos años.



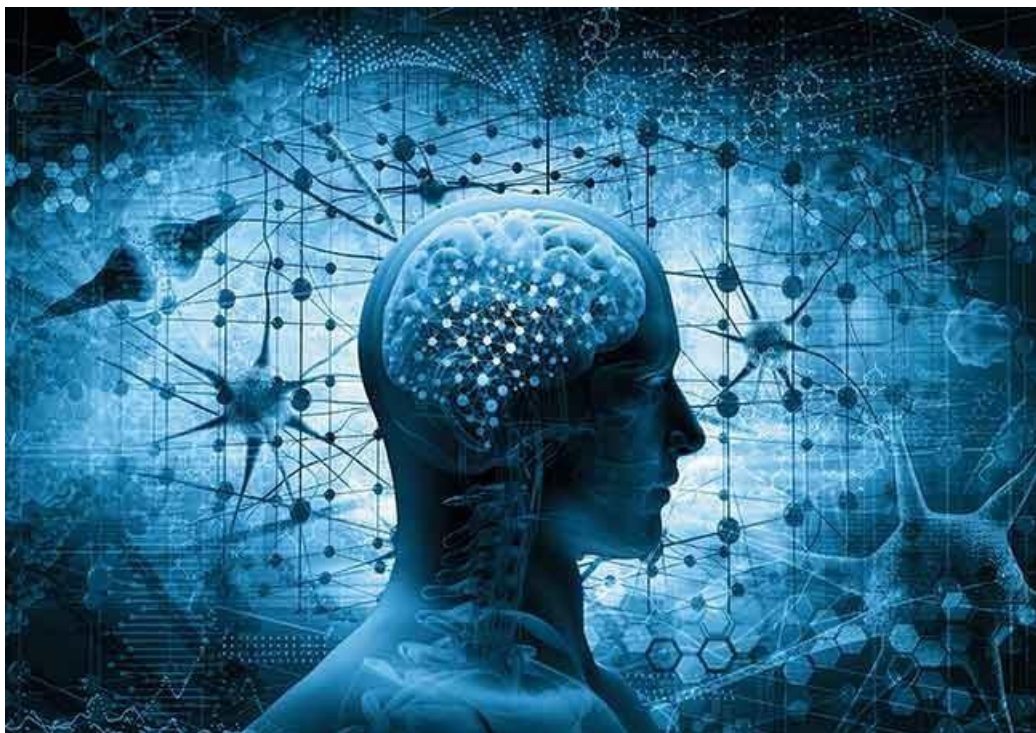


## ¿QUÉ CAUSA LOS TRASTORNOS MENTALES?

No hay una sola causa de la enfermedad mental. Varios factores pueden contribuir al riesgo de sufrirla, por ejemplo:

- Sus genes y su historia familiar
- Su experiencia de vida, como el estrés o si ha sufrido de abuso, en especial durante la infancia
- Factores biológicos como desequilibrios químicos en el cerebro
- Una lesión cerebral traumática
- La exposición de una madre a algún virus o productos químicos durante el embarazo
- Consumo de alcohol o drogas
- Tener una enfermedad seria como el cáncer
- Tener pocos amigos y sentirse solo o aislado

Los trastornos mentales no son causados por falta de carácter. No tienen nada que ver con ser flojo o débil.





## ¿CUÁLES SON LOS TRATAMIENTOS DE LAS ENFERMEDADES MENTALES?

El tratamiento depende del trastorno mental que se tenga y qué tan grave sea. Por lo general, implica algún tipo de terapia. También puede incluir la toma de medicamentos. Algunas personas también necesitan apoyo social y educación para manejar su afección.

En algunos casos, es posible que necesite un tratamiento más intensivo. Si la enfermedad mental es grave o tiene riesgo de hacerse auto lastimarse o hacer daño a alguien más, es posible que deba ir a un hospital psiquiátrico. En el hospital, recibirá consejería, discusiones grupales y actividades con profesionales de salud mental y otros pacientes.







## CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS MENTALES



Hay una gran variedad de trastornos mentales, cada uno de ellos con manifestaciones distintas. En general, se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás.

### DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno mental frecuente y una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo. Afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo, con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres.

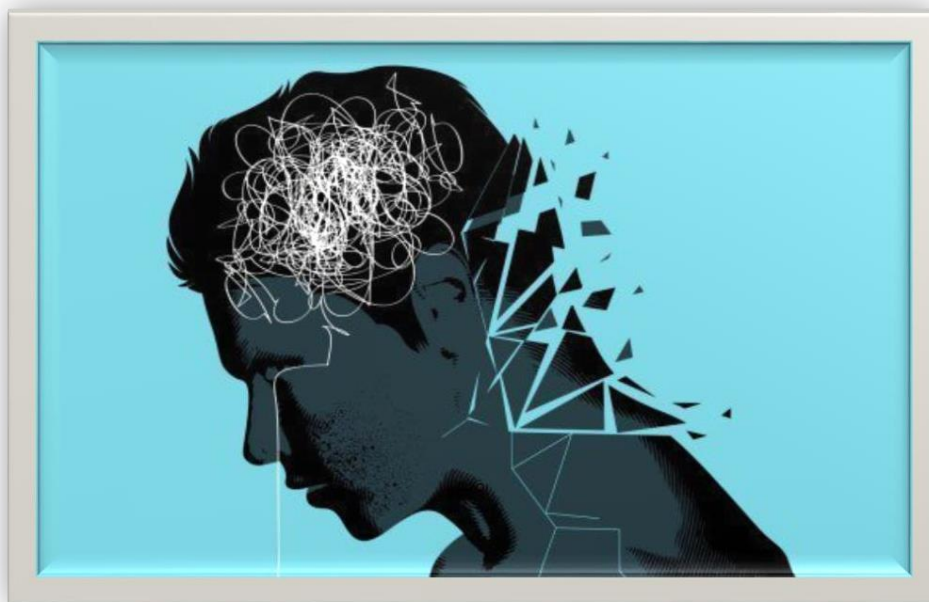
El paciente con depresión presenta tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración. También puede presentar diversos síntomas físicos sin causas orgánicas aparentes. La depresión puede ser de larga duración o recurrente, y afecta considerablemente a la capacidad de llevar a cabo las actividades laborales y académicas y de afrontar la vida cotidiana. En su forma más grave, puede conducir al suicidio.

Se ha demostrado que los programas preventivos reducen su incidencia tanto en los niños (por ejemplo, mediante la protección y el apoyo psicológico en casos de maltrato físico o abuso sexual) y en los adultos (por ejemplo, mediante la asistencia psicosocial después de catástrofes naturales o conflictos bélicos).



La depresión de leve a moderada se puede tratar eficazmente con terapias que utilizan el diálogo, como la terapia cognitivo-conductual o la psicoterapia. Los antidepresivos pueden ser un tratamiento eficaz para la depresión de moderada a grave, pero no son el tratamiento de elección para la depresión leve. Tampoco se deben emplear para tratar la depresión infantil y no son el tratamiento de elección en los adolescentes, a quienes se deben prescribir con cautela.

En el tratamiento de la depresión se tienen en cuenta los aspectos psicosociales y se determinan los factores que pueden causar estrés, como las dificultades económicas, los problemas en el trabajo y el maltrato físico o psicológico, así como las fuentes de apoyo, como los familiares y amigos. El mantenimiento o la recuperación de las redes y las actividades sociales son también importantes.







## TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

Este trastorno afecta a alrededor de 60 millones de personas en todo el mundo. Se suele caracterizar por la alternancia de episodios maníacos y depresivos separados por periodos de estado de ánimo normal. Durante los episodios de manía, el paciente presenta un estado de ánimo exaltado o irritable, hiperactividad, verborrea, autoestima elevada y una disminución de la necesidad de dormir. Las personas que presentan solamente episodios maníacos y no sufren fases depresivas también se clasifican dentro del diagnóstico de trastorno bipolar.

Se dispone de medicamentos que estabilizan el estado de ánimo con los que atajar eficazmente las fases agudas del trastorno bipolar y prevenir las recidivas. Además, el apoyo psicosocial es un elemento esencial del tratamiento.





## DEMENCIA

En el mundo hay unos 47,5 millones de personas que padecen demencia. Este trastorno de naturaleza crónica y progresiva se caracteriza por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación.

La demencia es causada por diversas enfermedades y lesiones que afectan al cerebro, como la enfermedad de Alzheimer o los accidentes cerebrovasculares.

Aunque no se dispone de tratamientos que curen la demencia o reviertan su evolución progresiva, se están investigando varios fármacos nuevos que se encuentran en diversas etapas de los estudios clínicos. Sí existen, en cambio, numerosas intervenciones para apoyar y mejorar la vida de las personas con demencia y la de sus cuidadores y familiares.





## TRASTORNOS DEL DESARROLLO



El concepto de trastorno del desarrollo es un término general que abarca la discapacidad intelectual y los trastornos generalizados del desarrollo, entre ellos el autismo. Los trastornos del desarrollo suelen debutar en la infancia pero tienden a persistir hasta la edad adulta, causando una disfunción o un retraso en la maduración del sistema nervioso central.

Por lo general, no se caracterizan por periodos de remisión y recidivas como muchos otros trastornos mentales, sino que siguen un patrón constante. La discapacidad intelectual se manifiesta por la afectación de facultades de diversas áreas del desarrollo, como las habilidades cognitivas y la conducta adaptativa. El retraso mental afecta a la capacidad de adaptarse a las exigencias cotidianas de la vida.

Los síntomas de los trastornos generalizados del desarrollo, como el autismo, son alteraciones del comportamiento social, la comunicación y el lenguaje, así como limitaciones específicas de cada individuo con respecto a sus intereses y actividades, que realiza repetidamente. Los trastornos del desarrollo suelen iniciarse en la infancia o la primera niñez. En ocasiones, las personas afectadas presentan un cierto grado de discapacidad intelectual.

La participación de la familia en el cuidado de las personas con trastornos del desarrollo es fundamental. Es importante conocer las situaciones y actividades que causan tensión o reportan bienestar al individuo, así como encontrar el entorno más adecuado para el aprendizaje. El establecimiento de rutinas diarias, fijando momentos concretos para las comidas, el juego, el aprendizaje,



el contacto con los demás y el sueño, ayuda a evitar el estrés innecesario. También es importante que los servicios de salud hagan un seguimiento regular a los niños y adultos que presentan trastornos de desarrollo y que se mantengan en contacto con sus cuidadores. Asimismo, la sociedad en general debe implicarse en velar por que se respeten los derechos y las necesidades de las personas discapacitadas.

## TRASTORNOS DE LA ANSIEDAD



En esta categoría se incluyen un conjunto de trastornos cuyo síntoma nuclear es la ansiedad, definida como un estado caracterizado por un sentimiento de miedo sin que exista una amenaza externa reconocible que, generalmente, se acompaña de síntomas somáticos causados por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo: trastorno de Angustia, trastorno de Ansiedad Generalizada, trastorno Obsesivo-Compulsivo, trastorno por Estrés Postraumático, fobia Específica.

### Trastorno de Angustia

Presencia repetida de crisis de angustia que van seguidas de un cierto grado de ansiedad de anticipación y de evitación fóbica.

La persona que padece una crisis de angustia:

- Experimenta de forma brusca un temor intenso que se acompaña de numerosos síntomas físicos como palpitaciones, sensación de ahogo, mareo o inestabilidad, sudoración, frío, parestesias, temblores y malestar abdominal.



- Aparece con frecuencia miedo a perder el control y miedo a morir. Otros síntomas que pueden aparecer son las vivencias de desrealización (sensación de que el ambiente es extraño o irreal) y de despersonalización (sentimiento de pérdida de la identidad personal y de ser diferente, extraño o irreal).
- Algunos pacientes desarrollan miedo a que se produzcan nuevos ataques de pánico, lo que puede progresar hasta que el grado de temor y la hiperactividad autónoma en los intervalos entre crisis alcanzan niveles semejantes a los presentes durante la propia crisis.
- Otros, asocian la ansiedad anticipatoria a estímulos externos, desarrollando agorafobia. Ésta consiste en temores y conductas de evitación de aquellas situaciones donde el escape es difícil o donde resultaría dificultoso recibir asistencia en caso de que ocurriera una crisis de angustia.
- La evolución del trastorno de angustia no tratado es muy variable pero, en general, sigue una evolución cíclica, alternándose periodos de exacerbación y de remisión de los síntomas.

### **Trastorno de Ansiedad Generalizada**

La sintomatología básica del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es la ansiedad crónica y difusa, siendo uno de los rasgos más relevantes la preocupación persistente y relacionada con múltiples circunstancias de la vida.

Otro aspecto característico es la presencia de síntomas somáticos relacionados con estados mantenidos de tensión y vigilancia; así, entre los signos típicos del TAG se encuentran la tensión muscular, la inquietud, la astenia, la dificultad para concentrarse, la irritabilidad y las alteraciones del sueño.

La edad de comienzo más frecuente de este trastorno es entre la segunda y tercera década de la vida y suele adoptar un curso crónico.



## **Trastorno Obsesivo-compulsivo**

La característica esencial del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es la presencia de obsesiones y compulsiones.

- Las obsesiones son procesos mentales recurrentes y persistentes, de naturaleza egodistónica, que se experimentan como intrusivos y que generan ansiedad y malestar. Aunque estos procesos mentales son reconocidos como propios, la persona que los presenta se resiste a ellos.
- Las compulsiones son conductas manifiestas o encubiertas, repetitivas e intencionales que se efectúan como respuesta a una obsesión. Estos comportamientos incluyen rituales de lavado de manos, comprobación, repetición, evitación y meticulosidad. Aunque a corto plazo, y a pesar de que el paciente reconoce la irracionalidad de los rituales compulsivos, éstos suelen disminuir la ansiedad, a largo plazo aumentan la frecuencia tanto de las obsesiones como de los rituales.

Respecto a la relación funcional entre obsesiones y compulsiones, en la mayoría de los casos la obsesión da lugar a la compulsión; sin embargo, también pueden presentarse de forma independiente (obsesión sin compulsión y compulsión no precedida por obsesión).

El TOC aparece más frecuentemente en la adolescencia o en adultos jóvenes y su curso suele ser insidioso y tendente a la cronicidad.

## **Trastorno por Estrés Postraumático**

Cuadro clínico que aparece en personas que han sido víctimas de catástrofes, accidentes o agresiones que han supuesto una amenaza para la vida de uno mismo o de otras personas, y que han experimentado una reacción emocional que implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión.

Los síntomas asociados a este trastorno se agrupan en torno a tres aspectos nucleares:





- Revivir el trauma en forma de recuerdos intrusos y dolorosos, flashbacks, pesadillas y malestar psicológico y reacciones fisiológicas intensas frente a los recuerdos del trauma.
- Evitación y falta de reactividad psíquica: las personas y situaciones relacionadas con el hecho traumático se evitan de forma sistemática. Se produce también una menor participación en el mundo exterior, con sensación de distanciamiento de los demás y pérdida de interés por las actividades habituales.
- Hiperactivación autónoma: se manifiesta por síntomas tales como irritabilidad, ira, dificultad para concentrarse, hipervigilancia.

Este cuadro clínico, que puede afectar al 1-2% de la población, presenta una alta comorbilidad con la depresión, el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social y la dependencia de tóxicos. Por otra parte, aunque puede manifestarse tras un accidente o una catástrofe natural, es más frecuente en excombatientes, víctimas de agresiones sexuales y mujeres maltratadas.

Respecto a la evolución, aunque con frecuencia presenta un curso crónico, son factores significativos la existencia de un trastorno psicopatológico previo, la intensidad y gravedad de los estresores y el apoyo psicológico y social recibido tras la experiencia traumática.

### **Fobia específica**

El trastorno fóbico consiste en un miedo persistente e irracional a un objeto, actividad o situación específica que conlleva un deseo irrefrenable de evitar su causa. Tres componentes definen este cuadro clínico:

- Ansiedad de anticipación ante la posibilidad de tener que enfrentarse al estímulo fóbico.
- El temor en sí mismo.
- Las conductas evitativas para minimizar la ansiedad.

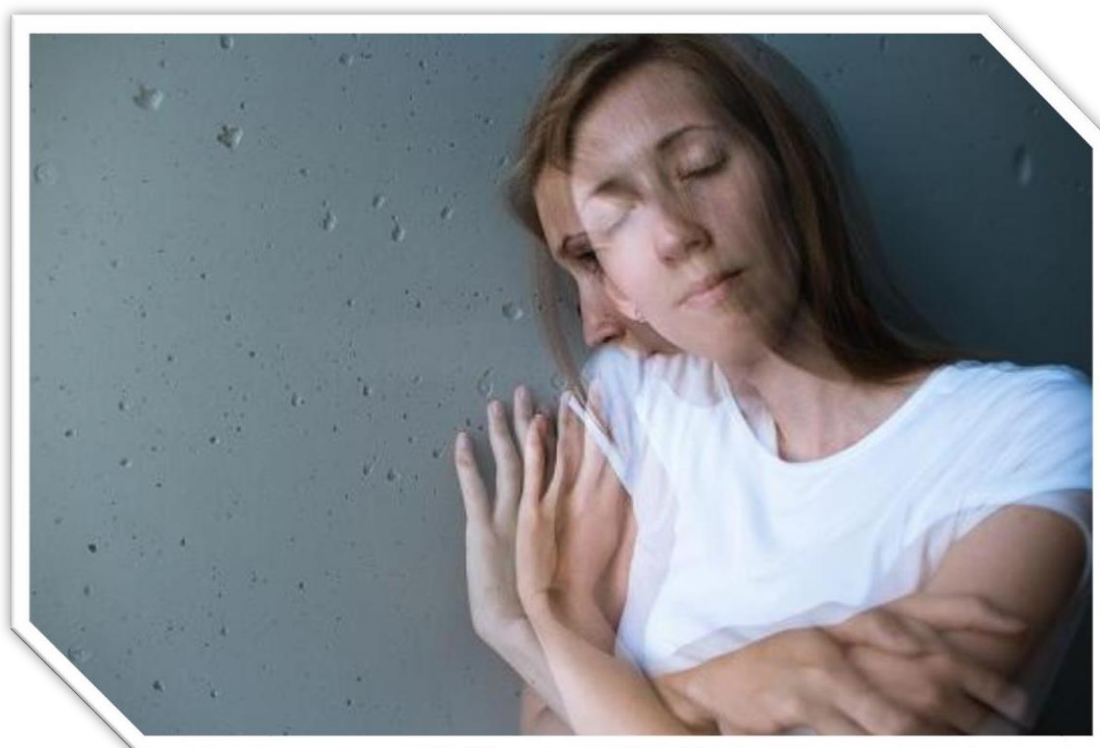


Actualmente se consideran tres categorías de fobias:

- La agorafobia no asociada al trastorno de angustia, caracterizada por el temor de sufrir síntomas incapacitantes en situaciones donde el escape es difícil o donde resultaría dificultoso recibir asistencia.
- La fobia social.
- Las fobias específicas.

En las fobias específicas el temor está restringido a un tipo de estímulo. Con frecuencia, muchas fobias de esta categoría no son clínicamente relevantes y no interfieren en la actividad habitual del sujeto.

El DSM-IV distingue cuatro subtipos de fobias específicas: fobia a animales, al entorno natural (alturas, tormentas, agua...), a la sangre-inyecciones-lesiones y situacionales (aviones, ascensores, lugares cerrados...). Aparece también un apartado que denomina «otro tipo» para aquellas fobias específicas que no se puedan incluir dentro de los subtipos definidos.





## TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO

Dentro de este apartado se incluyen aquellos trastornos que presentan como característica principal una alteración del humor.

Los trastornos que se engloban dentro de este capítulo se dividen en:

- **Unipolares o depresivos:** trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico y el trastorno depresivo no especificado
- **Bipolares** (para estos es necesaria la presencia de episodios maníacos, hipomaníacos o mixtos): trastorno bipolar tipo I, trastorno bipolar tipo II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado

Depresión no es tristeza; la tristeza es una emoción básica, forma parte de la vida de las personas y tiene una función adaptativa. La depresión sería una forma patológica de tristeza



Otros trastornos incluidos en esta categoría son el trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, el trastorno de estado de ánimo inducido por sustancias y el trastorno del estado de ánimo no especificado.

Las teorías etiológicas más útiles son aquellas que integran factores psicológicos y biológicos y que se formulan como modelos de diátesis-estrés postulando que la presencia de determinadas características (bioquímicas, genéticas, cognitivas...) hacen que las personas tengan mayor vulnerabilidad a desarrollar un episodio ante la aparición de circunstancias estresantes.

El curso del trastorno depresivo mayor es variable pudiendo presentarse desde un episodio aislado a episodios cada vez más frecuentes. Se establece una relación directamente proporcional entre el número de episodios presentados y la probabilidad de aparición de uno nuevo.



Respecto al trastorno bipolar es frecuente la repetida aparición en el tiempo de episodios depresivos y maníacos.

## **Tratamiento**

Requiere un abordaje multidimensional y multidisciplinar que abarque desde el inicio del trastorno las manifestaciones que en los diferentes sistemas de respuesta aparecen (nivel fisiológico, cognitivo-emocional y conductual).

Respecto al tratamiento farmacológico, los antidepresivos y los estabilizadores del humor, son el tratamiento de elección para la depresión y para el trastorno bipolar respectivamente, complementario al tratamiento farmacológico se requiere el abordaje psicológico y en algunos casos la participación en programas de rehabilitación psicosocial.

## **Trastorno Depresivo Mayor**

En la depresión aparece un complejo síndrome en el que el bajo estado anímico, es sólo uno de los numerosos síntomas. A continuación se recogen los más frecuentes, si bien, no todos aparecen en igual medida en todos los sujetos diagnosticados de trastorno depresivo mayor:

- Síntomas afectivos: dentro de estos podemos destacar los sentimientos de tristeza, abatimiento, pesadumbre, desánimo o infelicidad, aparece disminuida la capacidad de disfrute acompañada de apatía e indiferencia. En ocasiones predomina un estado de ánimo irritable.
- Síntomas conductuales: aparece un estado general de inhibición con un enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, la mímica... y una disminución del nivel de actividad.
- Síntomas cognitivos: predomina una disminución de la capacidad atencional, la concentración y la memoria. También aparece alterado el contenido de las cogniciones predominando una visión negativa de uno mismo, de los demás y del mundo en general. Puede aparecer ideación autolítica.



- Síntomas físicos: puede aparecer insomnio o hipersomnia, disminución del apetito, deseo sexual hipoactivo, fatiga y molestias corporales difusas.
- Síntomas interpersonales: destaca el interés disminuido por relacionarse apareciendo con frecuencia un deterioro en las relaciones sociales y un funcionamiento interpersonal inadecuado.

### **Trastorno Distímico**

Caracterizado por un periodo extenso de tiempo en el que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos con manifestaciones de menor intensidad que en el trastorno depresivo mayor y originando menor interferencia en la vida de la persona que los padece.

### **Trastorno Depresivo No Especificado**

Caracterizado por la presencia de algunos síntomas depresivos que son insuficientes para el diagnóstico de los trastornos citados anteriormente.

### **Trastorno Bipolar Tipo I Y II**

Se caracteriza por:

- La expansividad anímica apareciendo alteraciones en los distintos sistemas de respuesta del individuo, estas alteraciones definen el estado maníaco.
- Síntomas anímicos: predominio de un estado de ánimo elevado, eufórico e irritable acompañado de sentimientos egosintónicos que generalmente hacen que la persona no solicite ayuda médica, encontrándose bien en este estado.
- Síntomas conductuales: destaca una desbordante energía que se canaliza, en numerosas ocasiones, en la planificación de grandes proyectos sin valorar las posibles consecuencias, apareciendo frecuentemente reducida la necesidad de sueño, logorrea y fuga de ideas.



- Síntomas cognitivos: aparece acelerado el curso del pensamiento y la atención se torna fluctuante y rápidamente cambiante. Aparece grandiosidad en el autoestima y en ocasiones se acompaña de ideas delirantes.
- Síntomas físicos: hiperactivación física general con alteraciones en el área vegetativa. Aumenta el umbral de cansancio, mostrándose infatigables.

Para establecer el diagnóstico de trastorno Bipolar I, es necesaria la presencia de manía con los síntomas anteriormente descritos, presentándose con tal intensidad que producen un importante deterioro en la vida personal, laboral y/o social de la persona, siendo frecuente que estos sujetos hayan presentado también depresión mayor.

En el trastorno Bipolar II, la persona ha presentado hipomanía, caracterizada por la presencia de los síntomas arriba descritos pero con menor intensidad, originando menor deterioro en la vida del sujeto, la persona diagnosticada de trastorno Bipolar tipo II, también ha presentado depresión mayor.

### **Trastorno Ciclotímico**

El Trastorno ciclotímico se caracteriza por un periodo extenso de tiempo en el que aparecen numerosos períodos de síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.





## **Trastorno Bipolar No Especificado**

Caracterizado por la presencia de algunos síntomas maníacos y depresivos que son insuficientes para el diagnóstico de los trastornos citados anteriormente.

## **TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

Los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Se considera una personalidad normal y saludable cuando el individuo es capaz de mantener autonomía y competencia en su funcionamiento, existe una tendencia a adaptarse al entorno social y afectivo y además tiene la percepción de satisfacción y la capacidad de lograr sus metas.





Se considera una **personalidad anómala o un trastorno de la personalidad** (en adelante TP) cuando el individuo:

- No se adapta con flexibilidad al ambiente (no es capaz de generar respuestas nuevas frente a las dificultades que no puede superar).
- Tiende a magnificar los problemas existentes (creando espirales de las que le resulta difícil salir).
- Es poco resistente a los requerimientos externos (poca estabilidad).
- Su comportamiento se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto.
- Es un patrón permanente de conducta.

Este patrón persistente e inflexible se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales y genera malestar clínicamente significativo y/o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la vida del individuo.

Se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognoscitiva, afectiva y de la actividad interpersonal o del control de los impulsos.

Su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

Este patrón no es atribuible a una manifestación o una consecuencia de otro trastorno mental, no es debido a los efectos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica.

Estas características dificultan la competencia de las personas para hacer frente a cuestiones vitales y convierte su funcionamiento en dependiente e insatisfactorio.

La cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR) recoge los siguientes TP:



### **Grupo A:**

- El trastorno paranoide de la personalidad.
- El trastorno esquizoide de la personalidad.
- El trastorno esquizotípico de la personalidad.

### **Grupo B:**

- El trastorno antisocial de la personalidad.
- El trastorno límite de la personalidad.
- El trastorno histriónico de la personalidad.
- El trastorno narcisista de la personalidad.

### **Grupo C:**

- El trastorno de la personalidad por evitación.
- El trastorno de la personalidad por dependencia.
- El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

### **Trastornos de la personalidad no especificados (no incluidos en el DSM IV-TR):**

- Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad.
- Trastorno depresivo de la personalidad.
- Trastorno de la personalidad autodestructiva.

## **TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD GRUPO A**

### **Trastorno Paranoide de la Personalidad**

Este Trastorno se define como la tendencia a la desconfianza, excesiva vigilancia y preocupación por ser explotado o perjudicado por los demás. Es posible que además haya hostilidad, irritabilidad, ansiedad generada por las ideas de perjuicio y tendencia a evitar afrontar las dificultades.



Las personas que padecen este TP suelen realizar profecías que en ocasiones se cumplen (afianzando así las creencias irracionales) debido a que esa manera desconfiada de relacionarse puede provocar que también los demás actúen con cautela:

- Sospechan sin base suficiente que los demás pretenden aprovecharse de ellos.
- Dudan de la lealtad de sus amigos.
- Temen que si confían en los demás, estos utilicen esa información en su contra.
- Atribuyen significados ocultos y amenazadores a hechos simples e inocentes.
- Suelen ser rencorosos.
- Aún cuando los demás no lo interpretan así, perciben ataques hacia su persona y están predispuestos a defenderse atacando.
- Son propensos a sospechar infidelidad por parte de su pareja aún cuando no haya razones para ello.
- Suele resultar difícil llevarse bien con ellos y es frecuente que tengan problemas en las relaciones personales. Pueden expresarse mediante protestas directas o por un distanciamiento silencioso y hostil.
- Aparentan ser «fríos» y no tener empatía. Aunque a veces parecen objetivos, racionales y no emotivos, con mayor frecuencia muestran una gama afectiva lábil en la que predominan las expresiones de hostilidad, obstinación y sarcasmo.
- Su naturaleza beligerante y suspicaz puede provocar en los demás una respuesta también hostil, que, a su vez, sirve para reafirmar al sujeto en sus ideas iniciales.
- Como no confían en los demás, tienen una necesidad excesiva de ser autosuficientes y un fuerte sentido de autonomía. También necesitan contar con un alto grado de control sobre quienes les rodean.
- A menudo son rígidos, críticos con los demás e incapaces de colaborar y tienen muchas dificultades para aceptar las críticas, tendiendo a culpar a los demás de sus propios errores.



- Debido a su naturaleza querulante, con frecuencia se ven envueltos en pleitos legales.
- También es frecuente que muestren fantasías de grandiosidad no realistas y escasamente disimuladas, establecen jerarquías de poder y tienden a desarrollar estereotipos negativos de los otros, en especial de los grupos de población distintos del suyo propio.

### **Curso y Pronóstico**

Habitualmente el trastorno perdura a lo largo de la vida del sujeto. En general su curso vital se caracteriza por presentar problemas de convivencia y dificultad para el trabajo en equipo, desencadenando con frecuencia problemas laborales y sociales.

### **Trastorno Esquizoide de la Personalidad**

Este trastorno se caracteriza por presentar graves dificultades para establecer y mantener relaciones interpersonales. Las personas que lo padecen se muestran indiferentes, reservados, emocionalmente fríos, no responden a la amabilidad de los otros ni tampoco a sus críticas.

- Suele haber una reducción de la sensación de placer a partir de experiencias sensoriales, corporales o interpersonales, como pasear por una playa tomando el sol o hacer el amor.
- Los sujetos con trastorno esquizoide de la personalidad pueden abstraerse de las sutilezas normales en la interacción social y a menudo no responden adecuadamente a las normas sociales, de forma que parecen socialmente ineptos y superficiales, centrando toda la atención en sí mismos.
- Muestran un escaso repertorio gestual haciéndose dificultoso ver en ellos expresiones de reciprocidad, como sonrisas o cabeceo. Refieren que rara vez experimentan emociones fuertes como ira o alegría.



- En las raras ocasiones en que estos individuos se sienten, aunque sea temporalmente, cómodos hablando de sí mismos, pueden reconocer que tienen sentimientos desagradables, especialmente en lo que se relaciona con las interacciones sociales.
- La impresión de que no tienen emociones se ve reforzada por las especiales dificultades que presentan para expresar la ira, incluso en respuesta a la provocación directa. A veces, sus vidas parecen no ir a ninguna parte y dejan sus objetivos a merced del azar. Estos individuos suelen reaccionar pasivamente ante las circunstancias adversas y tienen dificultades en responder adecuadamente a los acontecimientos vitales importantes.
- Los individuos con este trastorno pueden experimentar episodios psicóticos muy breves (que duran minutos u horas), especialmente, en respuesta al estrés. En algunos casos el trastorno esquizoide de la personalidad puede aparecer como el antecedente premórbido del trastorno delirante o la esquizofrenia. Algunas veces, los sujetos con este trastorno presentan un trastorno depresivo mayor.
- Debido a su falta de habilidades sociales y a la falta de deseo de experiencias sexuales, los sujetos con este trastorno tienen pocas amistades, es poco frecuente que salgan con alguien y no suelen casarse. La actividad laboral puede estar deteriorada, sobre todo si se requiere una implicación interpersonal, aunque los sujetos con este trastorno pueden desenvolverse bien cuando trabajan en condiciones de aislamiento social.

Se trata de un patrón de conducta que permanece en el individuo a lo largo de su vida.





## **Trastorno Esquizotípico de la Personalidad**

Aparece en un 3% de la población y se aprecia un mayor número de casos entre los familiares de pacientes esquizofrénicos y una mayor incidencia entre los gemelos monocigóticos que entre los dicigóticos.

Se caracterizan por:

- Presentar rarezas o peculiaridades tanto en su conducta como en su forma de pensar y en su percepción. Generalmente son personas introvertidas que utilizan un lenguaje intrínseco, unas creencias excéntricas, suelen ser desconfiados y con frecuencia perciben ilusiones.
- Su apariencia física es poco usual, su afectividad a menudo no está ajustada a las situaciones y suelen padecer ansiedad social.
- En ocasiones muestran episodios psicóticos breves especialmente en situaciones de estrés.
- Son propensos a pensar que los demás les observan y hablan de ellos.
- Tienen creencias raras o pensamiento mágico que condiciona el comportamiento y que no es acorde a las normas de la cultura a la que pertenece el individuo, generalmente supersticioso, creen en la telepatía y en la clarividencia.
- Su forma de hablar es poco usual, utilizan un lenguaje vago, plagado de metáforas y muy elaborado, igualmente raro es su pensamiento.
- Con frecuencia carecen de amigos íntimos y suelen desconfiar de todo el mundo, incluidos los familiares de primer grado.
- No se sienten cómodos en situaciones sociales, incomodidad que no remite por la familiarización ya que se debe más a la desconfianza en los demás que en el temor a ser evaluado o enjuiciado.



## **TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. GRUPO B**

### **Trastorno Antisocial de la Personalidad**

También denominado Trastorno Disocial, se caracteriza por:

- Pautas de conducta irresponsables con dificultades para respetar las normas sociales.
- Ausencia de culpabilidad respecto a sus conductas.
- Predisposición a culpar de sus actos a los demás.
- Despreocupación por los sentimientos ajenos y falta de capacidad de empatía.
- Marcada dificultad para mantener relaciones personales.
- Muy baja tolerancia a la frustración.
- Son frecuentes sus quejas somáticas y sus amenazas de suicidio, a pesar de ello no muestran signos de ansiedad ni de depresión.
- A menudo estas personas impresionan a las del sexo contrario por los aspectos seductores de su personalidad.
- Suelen ser sujetos irritables y agresivos, protagonistas de violencia doméstica, conductas que aparecen con más frecuencia cuando hay también consumo abusivo de drogas y alcohol. En muchos casos se dan conductas delictivas.
- Los individuos con trastorno antisocial de la personalidad realizan actos temerarios sin preocuparse por su seguridad personal ni por la de los demás.
- Se trata de un trastorno de aparición temprana, en la etapa infantil del individuo se caracteriza por la presencia de vandalismo, absentismo escolar, hurtos, conductas disruptivas en el ámbito familiar, peleas y fracaso escolar.

En la edad adulta continúa la pauta de conducta de su infancia, lo que les conduce a la ausencia de hábitos laborales y a una escasa capacidad para mantener obligaciones económicas y familiares.



Al comenzar el trastorno a temprana edad su proceso de autonomía personal se interrumpe por lo que es frecuente la institucionalización, más a menudo penal o correccional que médica.

### **Curso y Pronóstico**

Este trastorno evoluciona a lo largo de la vida, si bien se aprecia un descenso de la gravedad y frecuencia de las conductas disociales a medida que avanza la edad del individuo; el pronóstico irá en función del deterioro social y del curso vital que haya sufrido el sujeto.

### **Trastorno Límite de la Personalidad**

Este Trastorno describe un patrón de conducta caracterizado por una historia de relaciones interpersonales intensas, caóticas, fluctuantes y extremas. Aparece una marcada predisposición a actuar de modo impulsivo sin valorar las consecuencias.

También es denominado «Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad», su inestabilidad característica se vive en tres planos:

- El de la propia imagen.
- El de las relaciones interpersonales.
- El del estado de ánimo.

Su notable alteración de la identidad se manifiesta por incertidumbre ante temas vitales como sus objetivos a largo plazo, su orientación sexual, que con frecuencia derivan en un sentimiento de vacío.

Su manera de interpretar la realidad es de forma extrema, su pensamiento se estructura de manera dicotómica sin que exista la posibilidad de posturas intermedias.



En las formas más graves del trastorno, las personas que lo padecen presentan comportamientos autodestructivos, e impulsivos con tendencia a las automutilaciones en respuesta a lo que interpretan como rechazos o decepciones en sus relaciones personales.

Durante periodos de crisis, o cuando están bajo los efectos del alcohol pueden experimentar episodios psicóticos transitorios.

Además de la inestabilidad emocional se caracterizan por tener:

- Un pobre control de los impulsos que se manifiesta en frecuentes autolesiones, expresiones de violencia, comportamiento amenazante y chantajista, intentos y amenazas de suicidio, alteraciones de la conducta alimentaria, abuso de sustancias, conducción temeraria.
- Promiscuidad sexual.

El deterioro de sus relaciones interpersonales a menudo le lleva al aislamiento y en muchas ocasiones su falta de control de impulsos, su abuso de sustancias y la práctica de conductas de riesgo les acarrearán problemas médicos y le implican en conflictos con la Justicia.

### **Trastorno Histriónico de la Personalidad**

Las personas con trastorno histriónico de la personalidad:

- Tienden a buscar atención por parte de los demás, utilizando la excesiva emocionalidad y el dramatismo. Utilizan permanentemente su aspecto físico para llamar la atención.
- Tienen varios rasgos en común con los trastornos límite y narcisista de la personalidad, son seductores, manipulativos, exhibicionistas, superficiales, lábiles, vanidosos y demandantes.
- Se sienten incómodos cuando no son el centro de atención, tienden a cambiar constantemente de humor y muy frecuentemente presentan escasa tolerancia a la frustración y nula capacidad para demorar la gratificación.



- Sus relaciones personales son dificultosas y no muy gratificantes.
- Utilizan un lenguaje ambiguo y subjetivo, carente de matices.
- Se trata de personas fácilmente influenciables por los demás y por las circunstancias y que consideran sus relaciones más íntimas de lo que realmente son.
- En las mujeres se manifiesta a través de desinhibición, labilidad afectiva, intentos de manipulación, conductas sexualmente seductoras y sucesión de numerosas relaciones breves e intensas.
- En los varones se manifiesta a través impulsividad, comportamiento agresivo, abuso de sustancias, explotación de otras personas y numerosas y superficiales relaciones sexuales.

A menudo con la edad se van atenuando los síntomas, probablemente más por pérdida de energía que por una mejoría clínica.

### **Trastorno Narcisista de la Personalidad**

Generalmente son:

- Personas que poseen un grandioso sentido de la auto importancia considerándose superiores a los demás, con características especiales que les hacen merecer un trato también superior en el que tienen derecho a todo.
- Tienden a la búsqueda de atención y responden con marcados sentimientos de ofensa o enfado a los rechazos, desaires, desafíos o críticas, aunque sean pequeños o de poca trascendencia; por esta razón evitan exponerse a situaciones que impliquen evaluación por parte de los demás y en caso de no lograrlo reaccionan de forma colérica y/o depresiva.



- En las relaciones interpersonales no es habitual que establezcan vínculos cercanos porque necesitan mantener una apariencia de autosuficiencia que les permita manipular a los demás para lograr sus propios fines, y suelen elegir para relacionarse a personas que confirmen su sentido de superioridad.

Otros rasgos destacables son:

- Tener expectativas de ser reconocidos como personas superiores aún cuando sus logros personales no lo justifiquen.
- Fantasear con el éxito, el poder, la belleza o el amor.
- Exigir de los demás una admiración que no se corresponde con sus méritos y un trato de favor que objetivamente no merecen.
- Aprovechar en su propio beneficio las relaciones afectivas.
- Mostrar escasa capacidad para identificar o reconocer los sentimientos de los demás.
- Presentar actitudes arrogantes.
- Diversos estudios indican que este trastorno se desarrolla con más probabilidad en personas que en la infancia fueron objeto de crítica, desprecio o abandono, por lo que son incapaces de ver a los demás como fuente de alivio y apoyo, desarrollando así una capa de autosuficiencia que enmascara un vacío y restringe su capacidad para experimentar sentimientos profundos.

Es crónico y muy difícil de tratar ya que no toleran ni asumen, por su narcisismo, el que su forma de ser sea un trastorno.





## **TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. GRUPO C**

### **Trastorno de la Personalidad por Evitación**

Los individuos que presentan este trastorno, se caracterizan por:

- Experimentar sensaciones de ansiedad excesiva y generalizada, malestar ante las situaciones sociales y las relaciones íntimas, todo ello por miedo a ser evaluados negativamente por los demás, por lo que su patrón de conducta es evitar las relaciones sociales y profesionales a pesar de desearlas.
- Baja autoestima y del concepto de ineptitud que tienen de ellos mismos. Evitan actividades sociales o laborales que impliquen contactos personales íntimos por temor a la crítica, reprobación o rechazo ajenos.
- Cuando se hallan en situaciones sociales o se relacionan con los demás, se sienten ineptos y son tímidos, retraídos y torpes; sus vidas suelen ser muy limitadas puesto que no sólo intentan evitar las relaciones interpersonales, sino que también rehúsan emprender nuevas actividades para evitar la evaluación y la vergüenza y humillación que prevén.

Hay teorías que atribuyen este trastorno al rechazo y la censura de los padres, que a su vez podía estar reforzado por el rechazo de los compañeros, o por experiencias vitales prematuras que conducen a un deseo exagerado de ser aceptado.

Si estos sujetos viven en un medio protector, no suelen tener problemas de adaptación aun cuando sus redes sociales sean pobres. Suelen ser inseguros y presentan a lo largo de sus vidas múltiples evitaciones fóbicas.



## **Trastorno de la Personalidad por Dependencia**

Se caracteriza por:

- Sentir una necesidad excesiva de que se preocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación.
- Los individuos que lo padecen tienen dificultades para tomar decisiones cotidianas sin el consejo y el apoyo de los demás, les cuesta asumir responsabilidades con respecto a su vida, se sienten incapaces de mostrar desacuerdo con los demás por miedo a perder su apoyo y no suelen emprender proyectos ni tomar iniciativas.
- Su deseo de obtener la protección ajena los lleva incluso a realizar tareas desagradables de manera voluntaria.
- Cuando termina una relación importante con otra persona necesitan otra que haga las funciones de cuidador y utilizan todos los recursos a su alcance para encontrarla. La posibilidad de ser abandonado y carecer de alguien que le cuide constituye el centro de sus preocupaciones.
- Las personas con trastorno de la personalidad por dependencia confían más en la capacidad de los demás que en la suya propia, lo que les lleva a pedir constantemente opinión y consejo sobre aspectos que sólo les atañen a ellos.
- Generalmente son personas atentas y amables, y realizan denodados esfuerzos por agradar y por satisfacer las necesidades de quienes son importantes para ellos de modo que anteponen la felicidad de los demás a la suya propia.

Este patrón afectivo, cognitivo y comportamental tiene su inicio en comienzo de la edad adulta y permanece estable a lo largo del tiempo comportando malestar subjetivo y perjuicios para el individuo.



## **Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad**

Las personas afectadas de trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad son:

- Extremadamente limpias, pulcras, organizadas, puntuales y muy meticulosas y perfeccionistas; lo que en su justa medida puede ser una virtud, estas características llevadas al extremo causan sufrimiento significativo y deterioro en la funcionalidad.
- Con frecuencia dedican tanta atención a los detalles que terminan olvidando el objetivo de la actividad, la meticulosidad y la rigidez con que realizan sus tareas hace dificultoso el desempeño de la tarea en sí.
- Su pensamiento está centrado en la idea de «yo debo», marcado por normas estrictas, inflexibilidad, perfeccionismo y rectitud, así como una dedicación excesiva al trabajo y a todo lo que represente una obligación.
- Estas personas no sólo se preocupan de controlar sus ideas y sus emociones sino que también lo hacen con las ideas y las emociones de los demás. Suelen ser muy reticentes a la hora de delegar tareas o realizar trabajos en grupo salvo cuando tienen la posibilidad de someter a los demás a su modo de hacer las cosas.
- Generalmente se abstienen de expresar sentimientos de ternura utilizando expresiones impersonales y distantes que no aportan información emocional.
- Los individuos que presentan este trastorno tienen un repertorio muy limitado de habilidades sociales, carecen de sentido del humor y cualquier acontecimiento que interrumpa su rutina les genera una ansiedad exagerada.

El curso es impredecible y muestra una gran variabilidad de unos individuos a otros, en no pocas ocasiones suele ser el inicio de otro trastorno como un cuadro esquizofrénico o un trastorno depresivo.



## **TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD NO ESPECIFICADOS**

### **Trastorno Pasivo-Agresivo de la Personalidad**

Se trata de un patrón generalizado de conductas de oposición al cumplimiento de los requerimientos sociales y laborales. También comprende un amplio conjunto de comportamientos negativistas como pesimismo, malhumor, quejas, cinismo y envidia a personas que se considera que tienen más suerte que uno.

Los individuos que padecen este trastorno suelen alternar momentos de hostilidad con momentos de sumisión afligida.

Este patrón afectivo, cognitivo y comportamental permanece estable a lo largo del tiempo comportando malestar subjetivo para el individuo.

### **Trastorno Depresivo de la Personalidad**

Las personas afectadas de trastorno depresivo de la personalidad se caracterizan por estar permanentemente desanimadas, preocupadas, pesimistas, tienen dificultades para disfrutar o relajarse. Con frecuencia tienen sentimientos de culpa y remordimientos injustificados que suelen terminar en auto castigos. Son personas pasivas, introvertidas y poco asertivas, muestran baja autoestima y aceptan mal las críticas y el rechazo ya que dependen de la aceptación ajena aunque en ocasiones disfracen esta dificultad de autosuficiencia.

Este patrón afectivo, cognitivo y comportamental permanece estable a lo largo del tiempo comportando malestar subjetivo para el individuo.



## **Trastorno de la Personalidad Autodestructiva**

Se aplica a personas que se sienten indignas de merecer buen trato y por ello se maltratan a sí mismos, incluso incitan a los demás a que los maltraten; rechazan la posibilidad de disfrutar y de experimentar sensaciones placenteras y escogen a personas o situaciones que les conduzcan al fracaso, al maltrato y sufrimiento.

Instan a los demás a ser agresivos con ellos o a que les rechacen, y cuando algo les sale bien se menosprecian con el objeto de provocarse dolor.

Este patrón afectivo, cognitivo y comportamental permanece estable a lo largo del tiempo comportando malestar subjetivo para el individuo.

## **TRASTORNOS PSICOTICOS**

En este apartado se incluyen todos aquellos trastornos que tienen como característica principal síntomas psicóticos, es decir, alucinaciones y delirios sin que quien las sufre tenga conciencia de su naturaleza patológica.

Dentro de este grupo cabe destacar debido a su mayor prevalencia y mayor consumo de recursos socio-sanitarios:

- La esquizofrenia.
- El trastorno esquizoafectivo.
- El trastorno delirante.

Otros trastornos incluidos en esta categoría son:

- El trastorno esquizofreniforme.
- El trastorno psicótico breve.
- El trastorno psicótico compartido.
- El trastorno psicótico debido a enfermedad médica.
- El trastorno psicótico inducido por sustancias.
- El trastorno psicótico no especificado.



## **Esquizofrenia**

La esquizofrenia es una enfermedad compleja que se manifiesta clínicamente por alteraciones de la senso-percepción, el pensamiento, las emociones y la conducta.

Los síntomas de la Esquizofrenia son:

### **Síntomas Positivos**

Se refieren a la presencia de conductas y funciones que no existen en el sujeto sano.

- Alucinaciones: se definen como experiencias perceptivas en ausencia de estímulo externo que tienen la fuerza y el impacto de una percepción real. En función de la esfera sensorial implicada, se clasifican en auditivas (las más frecuentes en la esquizofrenia), visuales, olfativas, gustativas y corporales.
- Delirios: son creencias anómalas, sobrevenidas por vía patológica, y resistentes a la argumentación lógica. Se distinguen diferentes tipos de delirios en función de su contenido: delirios de referencia, de persecución, de perjuicio, de control, de inserción del pensamiento, de difusión del pensamiento, somáticos, de celos, megalomaniacos y místico-religiosos.
- Desorganización del pensamiento: entre otras manifestaciones, se puede presentar como la repetición de la misma idea (perseveración) por dar detalles innecesarios (circunstancialidad), por un discurso incomprensible (pensamiento disgregado)...
- Alteraciones conductuales: inquietud, agitación, conductas bizarras, catatonía.





## **Síntomas Negativos**

Es la disminución o ausencia de conductas o funciones que se dan normalmente en el sujeto sano.

- Restricción afectiva: reducción de la expresión emocional.
- Afecto aplanado: ausencia de todo signo de expresión emocional.
- Anhedonia: ausencia de placer en actos que normalmente son satisfactorios.
- Alogia: empobrecimiento del lenguaje
- Abulia. Disminución de la voluntad y energía.
- Pasividad y falta de iniciativa.
- Descuido del cuidado personal.
- Desinterés por las relaciones sociales.

## **Síntomas Cognitivos**

- Tendencia a la distracción.
- Déficit en la memoria de trabajo.
- Dificultades en la capacidad de planificación y en la solución de problemas.
- Síntomas Afectivos
- Depresión.
- Disforia.
- Inestabilidad afectiva.
- Ansiedad.
- Inquietud.
- Agitación psicomotriz.



### **Subtipos de Esquizofrenia:**

Esquizofrenia paranoide: caracterizada por la presencia de alucinaciones y delirios en ausencia de síntomas negativos. Suele tener un mejor pronóstico que el resto de subtipos.

Esquizofrenia desorganizada: caracterizada por el predominio de los síntomas afectivos (afecto inapropiado o embotamiento) y del comportamiento (desorganizado y errático); las alucinaciones y delirios pueden estar presentes en grado leve.

Esquizofrenia catatónica: dominan las alteraciones psicomotoras que pueden oscilar entre la excitación y el estupor o entre la obediencia automática y el negativismo.

Esquizofrenia residual: estado crónico caracterizado por la ausencia de síntomas positivos a pesar de la existencia de al menos un brote previo.V.

Esquizofrenia simple: existencia de síntomas negativos sin que hayan estado nunca precedidos por ningún síntoma positivo.

Esquizofrenia indiferenciada: el cuadro clínico cumple los criterios diagnósticos de la esquizofrenia pero no se ajusta a ninguno de los subtipos anteriores.

No existe ningún factor que sea por sí solo considerado causa de la esquizofrenia. La mayoría de las veces se utiliza el modelo de diátesis-estrés, según el cual existe una vulnerabilidad biológica que, por efecto del estrés, desencadena los síntomas de la enfermedad. Los factores de estrés pueden ser biológicos, psicosociales o ambientales



La esquizofrenia suele aparecer en la segunda década de la vida y, generalmente, va precedida de síntomas prodrómicos tales como dificultades de integración social, cambios en el comportamiento y en la respuesta emocional y deterioro del funcionamiento personal, social o laboral.

Se trata de una enfermedad crónica que, dada su complejidad, presenta una evolución muy variable, lo que hace difícil prever el curso de un individuo en concreto. En este sentido, se han identificado ciertos factores como la edad de inicio temprana, la presencia de síntomas negativos o cognitivos prominentes, el retraso entre la aparición de la enfermedad y el inicio del tratamiento o el incumplimiento terapéutico que inciden negativamente en el pronóstico de la enfermedad.



## Tratamiento

Requiere un abordaje multidimensional que abarque desde el principio todas las manifestaciones de la enfermedad.

La base del tratamiento la constituye los fármacos antipsicóticos, pero el manejo adecuado requiere también intervenciones psicológicas y de rehabilitación psicosocial.



## **Trastorno Esquizoafectivo**

Alteración caracterizada por la presencia simultánea de síntomas psicóticos y afectivos que han sido precedidos o seguidos por ideas delirantes o alucinaciones sin alteraciones del estado de ánimo.

## **Trastorno delirante**

Caracterizado por la presencia de una o varias ideas delirantes. Éstas se definen como creencias anómalas, sobrevenidas por vía patológica, y resistentes a la argumentación lógica.

El contenido de las ideas delirantes es muy variable, estableciéndose diferentes subtipos del trastorno en función del tema delirante:

- Persecutorio: El sujeto afectado tiene la certeza de que se conspira contra él o de que es perseguido.
- Autorreferencial: atribuir a ciertos hechos del ambiente un significado personal. De grandiosidad: creencia de tener algún poder extraordinario.
- Somático o hipocondríaco: contenido relativo a la apariencia o funcionamiento corporal.
- Celotípico: convencimiento de que la pareja es infiel. Erotomaniaco: convicción de que otra persona está enamorada del paciente.

## **TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS**

Incluyen aquellos trastornos relacionados con: ingesta de drogas de abuso, efectos secundarios de un medicamento y exposición a tóxicos.

Las sustancias que se incluyen son alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cafeína, cánnabis, cocaína, fenciclidina, inhalantes, nicotina, opiáceos, hipnóticos y ansiolíticos.



## **Dependencia de Sustancias**

Se caracteriza por la manifestación de un grupo de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia de abuso a pesar de las dificultades que le ocasiona dicho consumo.

El patrón de conducta consiste en la repetida auto administración, a menudo compulsiva que origina tolerancia y abstinencia.

Este diagnóstico se puede hacer con respecto a cualquier sustancia de abuso a excepción de la cafeína.

La dependencia se define como un grupo de tres o más síntomas de entre los siguientes:

- Tolerancia: Necesidad de aumentar la ingesta de forma progresiva para alcanzar el efecto deseado. El grado en que se desarrolla la tolerancia varía en función de la sustancia de que se trate
- Abstinencia: Consiste en un cambio de conducta desadaptativa que se produce cuando disminuye la concentración en sangre o tejidos de la sustancia de abuso. Los síntomas de abstinencia varían en función de la sustancia de que se trate.
- Que el sujeto exprese el deseo de abandonar el consumo.
- Que el sujeto dedique mucho tiempo a obtener la sustancia y a recuperarse de sus efectos.
- Que el sujeto abandone todas las actividades personales y familiares con tal de poder consumir la sustancia.
- Que al sujeto le resulte imposible la abstinencia a pesar de las dificultades que le causa su consumo.



## **Abuso de Sustancias**

Consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias de abuso que origina deterioro y malestar clínicamente significativos durante un periodo de doce meses.

Este consumo tiene repercusiones a nivel laboral, académico y familiar.

El consumo se lleva a cabo incluso en circunstancias en las que hacerlo es especialmente peligroso como conducir un automóvil o manejar máquinas.

Se originan problemas legales relacionados con el consumo.

El consumo se mantiene a pesar de los problemas que origina y las consecuencias negativas que acarrea.







## **Intoxicación por Sustancias**

Se caracteriza por presentar un conjunto de síntomas reversibles que varían en función de la sustancia consumida.

Incluye la presencia de cambios conductuales como irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognitivo, social y laboral, que se presentan durante el consumo o poco tiempo después.

## **Abstinencia de Sustancias**

Se caracteriza por presentar un conjunto de síntomas a causa de la interrupción o reducción de su consumo masivo y prolongado.

Los síntomas son específicos del tipo de sustancia y causan malestar significativo y deterioro laboral, social y familiar del individuo.

## **Trastornos Mentales Inducidos por Sustancias**

- Delirium inducido por sustancias.
- Demencia persistente.
- Trastorno amnésico persistente.
- Trastorno psicótico.
- Trastorno del estado de ánimo.
- Trastorno de ansiedad.
- Trastornos sexuales.
- Trastornos del sueño.

## **Otros Trastornos Relacionados con Sustancias**

- Trastornos relacionados con el alcohol.
- Trastornos relacionados con alucinógenos.
- Trastornos relacionados con anfetaminas.
- Trastornos relacionados con cafeína.
- Trastornos relacionados con cocaína.



- Trastornos relacionados con fenciclidina.
- Trastornos relacionados con inhalantes.
- Trastornos relacionados con nicotina.
- Trastornos relacionados con opiáceos.
- Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.



## **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

Estos trastornos se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria en las que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en la etiología y en el curso.

Como trastornos específicos se incluyen: anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa.

El promedio de edad del comienzo del trastorno es a los 17 años, y el rango se establece entre los 14 y los 18 años. El comienzo se asocia a un acontecimiento estresante y el curso y desenlace son muy variables, la muerte a causa de este trastorno se da aproximadamente en un 10% los pacientes hospitalizados siendo las causas más frecuentes inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico.



## **Anorexia Nerviosa**

Los tres síntomas que a lo largo de la historia han caracterizado este trastorno son: falta de apetito, adelgazamiento y amenorrea.

En la actualidad se considera que hay otros síntomas que tienen tanto o más protagonismo que los clásicos.

Algunos de estos síntomas añadidos son:

- De carácter cognitivo, y son los que realmente activan el proceso, se trata de pensamientos erróneos sobre la comida y la imagen corporal que conducen a evaluaciones distorsionadas sobre zonas concretas del cuerpo (sobreestimación del tamaño corporal) que pueden llegar a constituir una verdadera dismorfofobia. Los pensamientos acerca del cuerpo suelen ser constantes, intrusivos, en ocasiones el individuo es capaz de hacer crítica de ellos y los reconocen como absurdos.
- De carácter conductual como la negativa a la ingesta de alimentos, el abuso de laxantes y en ocasiones atracones de comida que intentan compensar con el vómito y/o con el ejercicio físico intenso. También es frecuente la actitud de mantener una hiperactividad tanto física como intelectual, en una lucha por mantener el autocontrol y disminuir las horas de sueño intentando incrementar el consumo energético.
- De carácter biológico: amenorrea, lanugo, hipotensión, deterioro bucodental, etc. que suelen remitir con la reanudación de la ingesta normalizada y la recuperación del peso saludable.

Igualmente se producen cambios en la convivencia familiar debido a que el estado de desnutrición favorece un estado de ánimo disfórico que interfiere en las relaciones con los miembros de la familia. Las actividades de ocio y las relaciones sociales de las personas que padecen el trastorno se ven deterioradas a causa de la baja autoestima y la obsesión por el peso se convierte en el centro de su atención, pasando lo lúdico y lo social a segundo plano.



## **Bulimia Nerviosa**

Se caracteriza por la presencia de atracones, ingesta voraz de comida generalmente de alto contenido calórico, en grandes cantidades y en poco tiempo.

Esta conducta se realiza en solitario y en secreto y suele terminar con malestar físico y necesidad de auto inducirse el vómito y otras estrategias compensatorias como el abuso de laxantes, diuréticos o actividad física intensa. Otras alteraciones conductuales que pueden darse incluyen el abuso de sustancias tóxicas y las autoagresiones.

Los episodios de atracones generan sentimientos de culpa y la autoinducción del vómito alivia tanto el malestar físico por la sobreingesta como el emocional por haber llevado a cabo la conducta compensatoria.

Como rasgo de personalidad frecuente en las personas afectadas de trastorno de la alimentación destaca la dificultad para el control de los impulsos que también se manifiesta en otras áreas de la vida como la sexualidad, el abuso de sustancias y las compras compulsivas.





## TRASTORNO DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS

Este trastorno se caracteriza porque la persona que los padece tiene dificultades para oponerse a la necesidad de llevar a cabo un acto perjudicial para sí mismo o para los demás.

Generalmente la persona experimenta una sensación de tensión y malestar que se alivia cometiendo el acto impulsivo, y que se torna placentera en el momento de llevarlo a cabo. Tras el acto puede haber arrepentimiento o no.



### Trastorno Explosivo Intermitente

Los episodios de descontrol aparecen de manera aislada. Los ejemplos mas representativos de estos trastornos son: destruir la propiedad, dañar físicamente a otras personas y perpetrar agresiones verbales como insultos o amenazas.

El grado de agresividad que se desencadena es desproporcionado en relación a la situación que lo origina.

Para establecer este diagnóstico es necesario:

- Que se hayan descartado otros trastornos que cursan con agresividad (Trastorno Límite de la Personalidad, Trastorno Antisocial de la Personalidad, Trastorno Psicótico, Episodio Maníaco, Trastorno Disocial o Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad).
- Los episodios de agresividad no pueden ser debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia (drogas o fármacos) o a una enfermedad médica.



Puede aparecer desde la infancia hasta los veinte años, iniciándose de forma abrupta sin que haya razones para pensar que se va a producir. Cómo su propio nombre indica tiene un curso intermitente con periodos intercrisis cuya amplitud varía de unas personas a otras.

### **Cleptomanía**

Se caracteriza por presentar una dificultad repetida para controlar los impulsos de robar cualquier objeto aunque carezca de valor o no le sea necesario. El individuo experimenta una sensación de tensión antes de cometer el robo que se alivia una vez lo ha cometido.

Otros criterios para el diagnóstico de cleptomanía son:

- El acto no se comete para expresar odio, rabia, o cólera.
- No es consecuencia de un trastorno antisocial o un episodio maniaco.
- El individuo generalmente se desprende de los objetos robados y en ocasiones los devuelve.
- Los robos no son planificados ni toman medidas para evitar el arresto y los perpetran sin la colaboración de otras personas.

Puede comenzar desde la infancia hasta la edad adulta, siendo más frecuente su inicio al final de la edad adulta.

### **Piromanía**

Se caracteriza por:

- Presentar múltiples episodios de provocación de incendios intencionadamente. Al igual que el resto de los trastornos del control de los impulsos, los individuos que lo padecen experimentan tensión y malestar que se alivia al provocar el acto.
- Sienten gran atracción por el fuego y por las situaciones asociadas a los incendios (protocolos de actuación, consecuencias, etc.).





- Suelen ser personas que colaboran de forma activa en tareas de extinción incluso como bomberos voluntarios.

El acto no se provoca como consecuencia de una alteración del juicio ni como consecuencia de un trastorno disocial, episodio maniaco o trastorno antisocial de la personalidad.

### **Juego Patológico**

Se caracteriza por presentar un comportamiento de juego que se da de manera persistente y que dificulta en gran medida la adaptación a la vida personal, familiar y profesional.

Los individuos que lo padecen suelen esforzarse para controlar la conducta de juego y una vez iniciada experimentan tensión e irritabilidad ante el intento de detenerlo.

Las causas que generalmente incitan al juego son conductas de evasión de los problemas o la necesidad de liberarse de sentimientos de culpa, desesperanza, ansiedad o depresión.

Lo más característico en el patrón de juego es una conducta a largo plazo, con la aceptación de grandes apuestas o riesgos desproporcionados, en un intento de recuperar las pérdidas de una sola vez que suelen aparecer asociadas al juego patológico.

Otras conductas compatibles con el trastorno son: mentir a los miembros de la familia para ocultar sus pérdidas económicas, tener conductas antisociales para resolver la falta de dinero (robo, fraude, falsificación...), perder oportunidades personales, profesionales y familiares y demandar ayuda económica y apoyo emocional, generalmente a la familia.



Comienza antes en hombres que en mujeres, en los primeros suele comenzar en la adolescencia y su curso suele ser insidioso, instaurándose el hábito de forma paulatina, influyendo en el curso las circunstancias particulares de la vida del individuo.

### **Tricolomanía**

Se trata de una conducta de arrancamiento repetitivo de cabello originando pérdidas perceptibles en la cantidad del mismo. Aunque los sitios más frecuentes son la cabeza, las cejas y las pestañas, puede darse en cualquier lugar del cuerpo en el que crezca.

La conducta puede llevarse a cabo en episodios breves distribuidos a lo largo del día, o de forma mantenida durante horas.

Los episodios de arrancamiento pueden producirse tanto en momentos de relax y distracción como en momentos de estrés. Una vez realizada la conducta se experimenta bienestar y gratificación.

Otras conductas asociadas a la tricotilomanía son: arrancar cabellos a los animales, muñecos y otros objetos fibrosos, morderse las uñas, mordisquear cualquier cosa y hacerse escoriaciones.

La tricotilomanía se asocia a trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos de la personalidad, trastornos por consumo de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria y retraso mental.

En algunos individuos comienza en la adolescencia y los síntomas pueden aparecer y desaparecer durante semanas, meses o años.



## Trastorno del Control de los Impulsos no especificado

Se incluyen aquellos trastornos que no cumplen los criterios para los descritos en otras secciones, y que cursan con síntomas relacionados con el control de los impulsos.



## TRASTORNOS SOMATOMORFICOS



La característica principal de los trastornos recogidos en esta categoría es la presencia de síntomas físicos sin base orgánica que los justifique, al menos en su totalidad. Dichos síntomas no son producidos intencionalmente por la persona, ni son simulados, provocan un significativo grado de malestar e interfieren en el normal

desenvolvimiento a nivel social, laboral y/o familiar, siendo habitual las visitas a consultas médicas en busca de un diagnóstico que explique los síntomas que presenta.



## **Trastorno de Somatización**

Se caracteriza por la presencia de múltiples y recurrentes síntomas físicos (dolorosos, gastrointestinales, sexuales y/o pseudoneurológicos) que persisten durante años y obligan a la persona que los padece a la búsqueda de atención y exploración médica y que tras la misma, ninguno de los síntomas puede explicarse, al menos en su totalidad, por la presencia de una enfermedad médica.

Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados por la persona.

El trastorno somatomorfo indiferenciado se diagnostica cuando los síntomas no se ajustan al cuadro completo del trastorno de somatización.

## **Trastorno de Conversión**

Se caracteriza por la presencia de síntomas que afectan a la función motora voluntaria ( alteraciones de la coordinación y del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, afonía...) o sensorial (pérdida de sensibilidad táctil y/o nociceptiva, ceguera, diplopía, ceguera, sordera...) y que sugieren la existencia de un trastorno neurológico o alguna otra enfermedad médica, sin embargo, tras el examen médico pertinente, los síntomas no quedan explicados por la existencia de esta y se constata la presencia de factores psicológicos asociados a los síntomas o déficits presentados por el sujeto.

Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados por la persona.



## **Trastorno por Dolor**

El dolor constituye el síntoma principal de este cuadro clínico, dicho dolor puede estar localizado en una o más zonas del cuerpo y alcanza un nivel de gravedad suficiente como para justificar la atención clínica.

El dolor no puede explicarse del todo por un proceso fisiológico o un trastorno orgánico. Los factores psicológicos están relacionados con la aparición, el mantenimiento o exacerbación del dolor.

Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados por la persona.

## **Trastorno Hipocondriaco**

El término hipocondría implica una preocupación excesiva, persistente e infundada en torno a la posibilidad de tener, o la convicción de padecer, uno o más trastornos físicos graves.

Se caracteriza por un temor irracional a tener una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de uno o más síntomas somáticos. Dicho temor no se ve atenuado, a pesar de que los múltiples exámenes médicos a los que se somete, indican que no existe causa orgánica. Dicha preocupación no debe ser delirante, pudiendo la persona cuestionarse la existencia de la enfermedad que cree padecer.

## **Trastorno Dismórfico Corporal**

La principal característica de este trastorno es la preocupación por uno o más defectos en el aspecto físico. Dicho defecto es imaginario o, en caso de existir, la preocupación es excesiva e interfiere en el normal funcionamiento de la persona que la padece.



## **Trastorno Somatomorfo No Especificado**

Caracterizado por la presencia síntomas somatomorfos que son insuficientes para el diagnóstico de los trastornos específicos citados anteriormente.



## **TRASTORNOS DISOCIATIVOS**

La disociación puede definirse como una falta de integración de las funciones mentales superiores (memoria, conciencia, identidad, sensación, emoción, pensamiento, movimiento...) no asociada con enfermedad orgánica detectable. Esta alteración puede ser repentina o gradual, crónica o transitoria.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales DSM IV TR propone la siguiente clasificación de trastornos disociativos:





## **Amnesia Disociativa (Psicógena)**

Este diagnóstico se aplica cuando existe una pérdida de memoria personal que no puede explicarse en base al olvido normal ni a causa de enfermedad o daño cerebral. Se trata generalmente de una amnesia retrógrada (incapacidad para recordar eventos acaecidos antes del deterioro), que en algunos casos se limita a un acontecimiento concreto y en otros puede abarcar un periodo de tiempo más amplio. Es una alteración reversible que con frecuencia aparece tras episodios traumáticos o situaciones de intenso estrés como acontecimientos bélicos, catástrofes naturales y otros traumas graves.

Es el trastorno disociativo más frecuente y se produce generalmente entre los treinta y los cuarenta años. Las personas que lo padecen pueden olvidar aspectos selectivos (incluso su propio nombre), no viéndose alterados otros aspectos mnésicos ni otras funciones cognitivas, y en la mayoría de los casos pueden llevar una vida normal.

Es común la comorbilidad con el trastorno de conversión, la bulimia, el consumo de alcohol, la depresión, y con trastornos del Eje II, como los trastornos de la personalidad histriónicos, dependientes, y el trastorno límite de la personalidad.

## **Amnesia Localizada**

Se aplica cuando existe incapacidad para recordar acontecimientos circunscritos en un periodo de tiempo determinado, generalmente las primeras horas tras el suceso traumático.

## **Amnesia Selectiva**

Se aplica cuando existe incapacidad para recordar solamente algunos de los acontecimientos sucedidos en el periodo de tiempo en el que se produjo el suceso perturbador.



### **Amnesia Generalizada**

Se aplica cuando existe incapacidad para recordar toda la vida del individuo.

### **Amnesia Continua**

Se aplica cuando existe incapacidad para recordar acontecimientos que han sucedido desde un momento concreto hasta la actualidad.

### **Amnesia Sistematizada**

Se aplica cuando existe dificultad para recordar ciertos tipos de información más específica.

### **Fuga Disociativa (Psicógena)**

La persona parece tener un buen contacto con el ambiente y suele comportarse de forma apropiada, presentando en ocasiones cierta desinhibición. Este trastorno se suele caracterizar por:

- La conducta de realizar viajes repentinos e inesperados lejos del entorno habitual.
- La presencia de incapacidad para recordar todo o parte del pasado del individuo.
- La presencia de confusión acerca de su identidad personal y en ocasiones la asunción de nueva o nuevas identidades.
- La ausencia de deterioro en el mantenimiento básico de uno mismo, y ausencia de deterioro en las relaciones interpersonales.

Los viajes no tienen una duración determinada, puede ser de horas hasta semanas o meses, durante este tiempo no suelen presentar muestras llamativas ni psicopatología de tipo alguno; una vez recuperados suelen presentar dificultades para recordar los acontecimientos que han acaecido durante las fugas.



Los factores predisponentes suelen ser:

- Acontecimientos estresantes (problemas conyugales, problemas económicos guerras, catástrofes etc.).
- Estado de ánimo deprimido.
- Intentos de suicidio.
- Historia previa de abuso de alcohol.
- Historia previa de traumatismo craneal.
- Epilepsia.
- Otros factores orgánicos.
- Tendencia a mentir.

La mayoría de los casos de fuga disociativa afectan a adultos, la recuperación suele ser rápida en un porcentaje significativo de ocasiones.

### **Trastorno Disociativo de Identidad (Personalidad Múltiple)**

Se caracteriza por la presencia de dos o más identidades que determinan la conducta del individuo. Cada identidad se vive como una historia personal con un nombre y una imagen distintos.

- La identidad primaria adopta un papel pasivo, dependiente y culpable.
- Las identidades alternantes adoptan roles contrarios a la identidad primaria, suelen ser hostiles, dominantes y autodestructivas. Estas identidades alternantes se presentan como si controlaran secuencialmente unas a otras llegando incluso a entrar en conflicto. En ocasiones las identidades hostiles, o más poderosas, pueden planificar el tiempo ocupado por las otras, interrumpir actividades e incluso colocarlas en situaciones desagradables.

Las identidades alternantes generalmente poseen diferentes nombres, edades, sexo; poseen diferentes conocimientos y diferentes estados afectivos.



Los individuos que padecen este trastorno suelen presentar lapsos de memoria que pueden ser tanto de memoria remota como de memoria reciente, y que afectan a su historia personal. Puede existir pérdida de memoria incluso total, correspondiente a una determinada etapa de su vida.

El estrés psicosocial es el desencadenante que se requiere para pasar de una identidad a otra, transición que suele hacerse en tan sólo unos segundos, aunque a veces esta transición se realiza de forma gradual.

Conductas asociadas al cambio de identidad son el parpadeo rápido, los cambios faciales, cambios en el tono de voz o la interrupción en el curso del pensamiento.

El curso de este trastorno suele ser fluctuante, con tendencia a ser crónico y recidivante.

Este trastorno suele iniciarse invariablemente en la infancia, pero no llama la atención hasta mucho más tarde, desde la aparición de los primeros síntomas hasta el diagnóstico transcurren seis o siete años por término medio. Suele diagnosticarse con mucha más frecuencia en mujeres que en varones (hasta nueve veces más frecuente) y aunque suele decirse que su prevalencia es muy baja los datos de los últimos estudios revelan que no es tan infrecuente como se pensaba.





## **Trastorno de Despersonalización**

Consiste en la presencia de episodios que se caracterizan por la sensación de extrañeza o distanciamiento de uno mismo como si se estuviera viviendo en un sueño o en una película.

Las personas que padecen este trastorno:

- Tienen la sensación de observar los procesos mentales desde fuera del cuerpo o de una parte del mismo.
- Otra característica es la anestesia sensorial (incapacidad para percibir sensaciones físicas), ausencia de respuesta afectiva (indiferencia) y sensación de pérdida de control de los propios actos.
- Conservan el sentido de la realidad aunque suelen tener dificultades para describir sus síntomas por miedo a que se les tache de «locos».
- También pueden aparecer sensaciones de desrealización que son vividas por el sujeto como si el mundo exterior fuera extraño o irreal, percibiendo alteraciones en la forma y en el tamaño de los objetos y las personas.
- Otro rasgo frecuente son los síntomas de ansiedad, depresión y pensamientos obsesivos, preocupaciones somáticas y la alteración en la percepción del paso del tiempo.



## Trastorno Disociativo No Especificado

Aquellos trastornos que se caracterizan por dificultad para integrar las funciones cognitivas que no cumplen los criterios para el diagnóstico de un trastorno disociativo específico.

## TRASTORNOS FACTICIOS

Estos trastornos se caracterizan por la presencia de signos o síntomas físicos o psicológicos producidos intencionalmente por la persona con el objeto de asumir el rol de enfermo.

Los mencionados síntomas pueden ser:

- Inventados.
- Falsificados.
- Autoinflingidos
- Exagerar los síntomas de una patología que existe realmente. No deben existir incentivos externos que justifiquen este comportamiento.

En el trastorno facticio pueden predominar:

- Los signos y síntomas psicológicos.
- Los signos y síntomas físicos o haber una combinación de ambos.
- La forma más grave del trastorno facticio con predominio de signos y síntomas físicos, se conoce como **Síndrome de Münchhausen** y se caracteriza por hospitalizaciones repetidas, peregrinaciones médicas, y pseudología fantástica.
- El trastorno facticio se distingue de los trastornos somatomorfos en que los síntomas de estos últimos no son producidos intencionalmente por la persona.





## TRASTORNO ADAPTATIVO

El Trastorno Adaptativo es la respuesta fisiológica a situaciones de estrés que implican la aparición de síntomas emocionales o conductuales significativos clínicamente. Los síntomas consisten en un malestar mayor a la esperable dada la situación estresante, con o sin deterioro significativo de la actividad social o laboral, y aparecen durante los tres meses siguientes al inicio del acontecimiento estresor.

Este trastorno debe resolverse dentro de los seis meses que siguen a la desaparición del estresor pero los síntomas pueden persistir durante un periodo prolongado de tiempo si aparecen como respuesta a un estrés crónico (una enfermedad crónica) o a otra situación estresante con repercusiones importantes.

Los trastornos adaptativos se codifican según la naturaleza de los síntomas predominantes.

- Trastorno adaptativo con **estado de ánimo depresivo**.
- Trastorno adaptativo con **ansiedad**.
- Trastorno adaptativo **mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo**.
- Trastorno adaptativo **con trastorno del comportamiento**.
- Trastorno adaptativo **con alteración mixta de las emociones y del comportamiento**.
- Trastorno adaptativo **no especificado**.

Otro criterio de codificación es según la duración:

- **Agudo** cuando dura menos de seis meses.
- **Crónico** cuando dura seis meses o más.



Su persistencia y evolución hacia otros trastornos mentales más graves como por ejemplo el trastorno depresivo mayor puede ser más probable en niños y adolescentes que en adultos. Cuando existen enfermedades concomitantes aumenta el riesgo de que el trastorno adaptativo evolucione hacia un trastorno mental más grave.



## **TRASTORNOS SEXUALES.**

Se caracterizan por la presencia de alteraciones tanto en el deseo como en la respuesta sexual que provocan malestar y dificultan las relaciones interpersonales.

Incluidos dentro de los trastornos sexuales y de la identidad sexual están: Trastornos sexuales, Parafilias, Trastornos de la identidad sexual y Trastorno sexual no identificado.



## **Trastornos Sexuales**

En esta categoría se contemplan las alteraciones que pueden darse en cualquiera de las fases en las que se divide la respuesta sexual:

### **Trastornos del deseo sexual**

- Trastorno sexual hipoactivo.
- Trastorno por aversión al sexo.

### **Trastorno en la fase de excitación**

- Trastorno de la excitación sexual en la mujer.
- Trastorno de la erección en el varón.

### **Trastorno en la fase del orgasmo**

- Trastorno orgásmico femenino.
- Trastorno orgásmico masculino.
- Eyaculación precoz.

### **Trastornos en la fase de resolución**

### **Trastornos sexuales por dolor**

- Dispareunia. Consiste en la experimentación de molestias genitales durante el coito que pueden ser de diferente intensidad.
- Vaginismo. Consiste en una contracción involuntaria de forma persistente de los músculos perineales del tercio externo de la vagina frente a la penetración.

Las disfunciones pueden aparecer en cualquiera de las fases, en una sólo o en varias.

La presencia de estos trastornos no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I y no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica



## **Trastorno sexual debido a una enfermedad médica**

## **Trastorno sexual inducido por sustancias**

En función de la sustancia consumida puede variar la fase en la que se dé el trastorno. Se considera que esta alteración debe explicarse exclusivamente por el consumo.

## **Trastorno sexual no especificado**

### **Parafilias**

Se definen por la presencia repetida e intensa de fantasías sexuales, impulsos y/o conductas que engloban:

- El sufrimiento y/o la humillación de uno mismo y/o de su pareja: masoquismo sexual y/o sadismo sexual.
- La participación involuntaria de otras personas y de menores: pedofilia, frotteurismo.
- Comportamientos sexuales raros: exhibicionismo, fetichismo, travestismo fetichista y voyeurismo.
- Parafilia no especificada.

## **Trastorno de la Identidad Sexual**

Malestar clínicamente significativo originado por identificarse de manera intensa y continúa con el sexo contrario al asignado biológicamente.

Los adultos afectados por este trastorno desean vivir como personas del otro sexo tanto física como socialmente y se muestran dispuestos incluso a emplear medios aversivos (cirugía y tratamientos hormonales) para conseguirlo.

Generalmente restringen sus relaciones sexuales con personas de su mismo sexo biológico, por sentir vergüenza de mostrar unos genitales con los que no se identifican.



El malestar que experimentan los individuos con trastorno de la identidad sexual se manifiesta de diferente manera a lo largo de la vida. En los niños y adolescentes el malestar se manifiesta por un descontento patente hacia su sexo, y la preocupación que le genera interfiere en sus actividades y dificulta las relaciones interpersonales, lo que con frecuencia conduce al fracaso académico y al aislamiento social.

### **Trastorno Sexual No Especificado**

Esta categoría se incluye aquellos trastornos sexuales que no cumplen los criterios para un trastorno sexual específico y que no constituyen una disfunción sexual ni una parafilia.



### **TRASTORNOS DEL SUEÑO**

En función de su etiología y siguiendo la clasificación del DSM IV-TR los **Trastornos del Sueño** están divididos en trastornos primarios del sueño, trastorno del sueño relacionado con otro trastorno mental, trastorno del sueño debido a una enfermedad médica y trastorno del sueño inducido por sustancias.



## **Trastornos Primarios del Sueño**

Dentro de este apartado se incluyen los trastornos del sueño que aparecen como consecuencia de alteraciones internas en los mecanismos del ciclo sueño-vigilia.

Se dividen a su vez en disomnias y parasomnias

### **Disomnias**

Las disomnias son trastornos relacionados con la cantidad, la calidad y/o el horario del sueño. Dentro de este grupo se incluye el insomnio primario, la hipersomnias primaria, la narcolepsia, el trastorno del sueño relacionado con la respiración, el trastorno del ritmo circadiano y la disomnias no especificada.

#### ***Insomnio Primario***

Se caracteriza por la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, produciendo esta alteración un deterioro en áreas importantes de la vida del individuo.

#### ***Hipersomnias Primaria***

La característica esencial es una somnolencia excesiva que se evidencia por episodios prolongados de sueño y por episodios de sueño diurno que se producen prácticamente a diario.

#### ***Narcolepsia***

Se caracteriza por un deseo inexorable de dormir que se presenta de forma brusca. El sueño es más profundo de lo normal y de más corta duración. Suele ir acompañado de pérdida súbita del tono muscular, sensaciones auditivas y visuales particularmente vivaces, alucinaciones hipnagógicas y parálisis. Esta alteración produce un deterioro en áreas importantes de la vida del individuo.



### ***Trastorno del Sueño relacionado con la Respiración***

Aparece una desestructuración del sueño (somnolencia o insomnio) como consecuencia de alteraciones en la ventilación durante el sueño. Esta alteración produce un deterioro en áreas importantes de la vida del individuo.

### ***Trastorno del Ritmo Circadiano***

Es un trastorno en el que aparece alterado el ritmo sueño-vigilia del individuo como consecuencia de una mala sincronización entre el sistema circadiano endógeno del individuo y las exigencias externas de espaciamiento y duración del sueño (por ejemplo debido a cambios de turno de trabajo, jet lag...). Esta alteración produce un deterioro en áreas importantes de la vida del individuo.

### ***Disomnia no especificada***

Se engloban aquellos cuadros clínicos de insomnio, hipersomnias o alteraciones del ritmo circadiano que no reúnen los criterios para establecer el diagnóstico de una disomnia específica.

### ***Parasomnias***

Las parasomnias están caracterizadas por acontecimientos o conductas anormales asociadas al sueño, a sus fases específicas y/ o a los momentos de transición sueño-vigilia.

Este apartado incluye las pesadillas, los terrores nocturnos, el sonambulismo y la parasomnia no especificada.

### ***Pesadillas***

Se caracteriza por la interrupción persistente del descanso como consecuencia de la aparición de sueños de contenido angustioso que hacen que el sujeto pase del sueño a un estado vígil.





### ***Terrores Nocturnos***

Se caracteriza por la aparición reiterada de despertares bruscos que suelen estar precedidos por gritos o lloros de angustia y se acompañan de intensa activación vegetativa y comportamientos de miedo intensos, no resultando fácil despertar y/o calmar al individuo. Existe amnesia para el episodio. Esta alteración produce un deterioro en áreas importantes de la vida del individuo.

### ***Sonambulismo***

Consiste en una alteración en el transcurrir del sueño caracterizado por la existencia de episodios repetidos de comportamientos motores que implican que el sujeto se levante de la cama y comience a andar. El sujeto no responde durante este episodio a la estimulación ambiental y al despertar no recuerda lo sucedido. Esta alteración produce un deterioro en áreas importantes de la vida del individuo.

### ***Parasomnia no especificada***

Se engloban aquellos cuadros clínicos en los que aparecen alteraciones en el comportamiento o reacciones fisiológicas anormales durante el sueño o en las transiciones sueño-vigilia y que no reúnen los criterios para establecer el diagnóstico de una parasomnia específica.

### **Trastorno del Sueño relacionado con otro Trastorno Mental**

Dentro de este apartado se recogen aquellos trastornos que cursan con insomnio o hipersomnia temporal y relacionada etiológicamente con otro trastorno mental.



### **Trastornos del Sueño debido a una Enfermedad Médica**

Dentro de este apartado se recogen aquellas alteraciones en el sueño (insomnio, hipersomnia...) de suficiente gravedad como para merecer atención médica y que se consideran secundarias y relacionadas con una enfermedad médica.

### **Trastorno del Sueño inducido por Sustancias**

Dentro de este apartado se recogen aquellas alteraciones en el sueño (insomnio, hipersomnia...) de suficiente gravedad como para merecer atención médica y que se consideran debidas a los efectos fisiológicos de una sustancia.





## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- \*ESCANDÓN Carrillo, Roberto. ¿Qué es salud mental? (Un panorama de la salud mental en México). En Castillo Nechar, Marcelino (Coord.) Salud mental, sociedad contemporánea. Universidad Autónoma del Estado de México. México 2000. ISBN 968-831-492-9. Pág. 17
- \* Secretaria de Salud. Programa de Acción: Salud Mental. México, 2001. ISBN 968-811-994-6. Pág. 30 Servicio de Investigación y Análisis La Salud Mental en México
- \* TEVA, Inmaculada, Et al. Calidad de vida relacionada con la salud en la infección por el VIH. En Psicología y Salud. Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana. Vol. 14, Num. 1. México. Jul - Dic 2004. ISSN 1405 – 1109. Pag. 229 –235.
- \*MEDINA Mora, Ma. Elena y Jorge Villatoro. La epidemiología de la salud mental en México
- \* Datta, S., Calvo, J.M., Quattrochi, J. and Hobson, J.A.: Cholinergic microstimulation of the parabrachial nucleus in the cat: I. Immediate and prolonged increases in ponto-geniculo-occipital waves. Arch. Ital. Biol., 130:263-284, 1992.
- \*Calvo, J.M., Datta, S., Quattrochi, J. and Hobson, J.A.: Cholinergic microstimulation of the parabrachial nucleus in the cat: II. Delayed and prolonged increases in REM sleep. Arch. Ital. Biol., 130:285-301, 1992.
- \* Hobson, J.A., Datta, S., Calvo, J.M. and Quattrochi, J.: Acetylcholine as a brain state modulator: Triggering and long-term regulation of REM sleep. Prog. Brain Res. 98:389-404, 1993.
- \*Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Calz. México-Xochimilco 101, col. San Lorenzo Huipulco, 14370 México, D.F. Correspondencia: Marcelo Valencia: e-mail: valencm@imp.edu.mx 76 Salud Mental, Vol. 30, No. 2, marzo-abril 2007



\*American Psychiatric Association (APA). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* – revisado (DSM-IV-TR). Barcelona, Masson, 2000.

\*Organización Mundial de la Salud (OMS). *CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra, Panamericana, 1992.

\*Belloch, Amparo; Sandín, Bonifacio; Ramos, Francisco. *Manual de Psicopatología II, (revisado)*, McGraw Hill, 1995.

\*Hollander, Eric; Simeon, Daphne. *Guía de Trastornos de ansiedad*. Elsevier. Madrid, 2004

\*Kaplan, Harold I; Sadock, Benjamin J. *Psiquiatría clínica*. Waverly Hispánica S.A, .2ª edición, Buenos Aires, 1996

\*Parallada Rodón, Eduard; Fernández Egea, Emilio. *Esquizofrenia, del caos mental a la esperanza*, Morales i Torres Editores, Barcelona, 2004